

Zürcher Hochschule  
für Angewandte Wissenschaften



## Bachelorarbeit

# Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch im Akutspital

**„Wie erleben Pflegefachpersonen die Betreuung von Patienten nach  
einem Suizidversuch im Akutspital und was benötigen sie, um diese  
Patientengruppe kompetent betreuen zu können?“**

---

**Cornelia Schäfer S10869170**

<b>Departement:</b>	<b>Gesundheit</b>
<b>Institut:</b>	<b>Institut für Pflege</b>
<b>Studienjahr:</b>	<b>PF10b</b>
<b>Eingereicht am:</b>	<b>3. Mai 2013</b>
<b>Betreuende Lehrperson:</b>	<b>Doris Ruhmann</b>

## Inhaltsverzeichnis

Abstract .....	4
1 Einleitung .....	5
1.1 Darstellung des Themas .....	5
1.2 Problemstellung .....	5
1.3 Fragestellung .....	6
1.4 Zielsetzung .....	6
1.5 Abgrenzung .....	6
2 Methodik .....	8
2.1 Ein- und Ausschlusskriterien, Limitierungen .....	8
2.2 Literaturrecherche .....	9
2.3 Beurteilung der Studien und Evidenzlevelbestimmung .....	10
3 Theoretischer Hintergrund .....	12
3.1 Phänomenbereich Suizid .....	12
3.2 Risikofaktoren .....	12
3.3 Beschreibung der Patientensituation .....	14
3.4 Aufgaben der Pflegenden in der Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch .....	14
3.5 Pflegebeziehung .....	15
3.6 Haltung .....	16
4 Vorstellen der Ergebnisstudien .....	17
5 Ergebnisse .....	23
5.1 Erleben der Pflegenden .....	23
5.1.1 „Labelled“ und „suffering“ nach Carlén und Bengtsson (2007) .....	23
5.1.2 Patientenbetreuung auf der Notfallstation nach Hopkins (2002)...	25

5.1.3	Distanz und Nähe nach Talseth, Lindseth, Jacobsson und Norberg (1997)	27
5.1.4	Der Kampf mit sich und dem Leidenden nach Gilje, Talseth und Norberg (2005)	28
5.1.5	Erschwerende Faktoren nach Valente und Saunders (2004)	29
5.2	Haltung der Pflegenden	31
5.3	Bedürfnisse der Pflegenden	34
5.3.1	Evidenz von Interventionen	36
6	Diskussion	38
6.1	Übertragbarkeit	38
6.1.1	Übertragbarkeit der Resultate aus dem Pflegefeld der Psychiatrie auf die akutsomatische Pflege	38
6.1.2	Übertragbarkeit der Resultate von Studien, welche sich nicht explizit mit der Profession der Pflegenden befassen	39
6.1.3	Übertragbarkeit der Resultate von Studien, welche sich nicht explizit mit der Thematik Suizidversuch befassen	39
6.2	Zusammenhang zwischen Haltung und Erleben der Pflegenden	40
6.3	Erleben	40
6.4	Haltung	42
6.5	Bedürfnisse	43
6.5.1	Schulung	44
6.5.2	Psychiatrisches Betreuungsteam	45
6.6	Theorie-Praxis-Transfer	46
7	Schlussfolgerung	48
7.1	Offene Fragen	48
7.2	Zukunftsansicht	48

8	Verzeichnisse .....	50
8.1	Literaturverzeichnis .....	50
8.2	Tabellenverzeichnis .....	55
8.2.1	Tabellen Hauptteil .....	55
8.2.2	Tabellen Anhang .....	55
9	Danksagung .....	56
10	Eigenständigkeitserklärung .....	56
	Anhang .....	57
	Anhang A .....	57
	Anhang B .....	61
	Anhang C .....	63
	Anhang D .....	64
	Anhang E .....	66
	Wortzahl .....	109

## Abstract

*Darstellung des Themas:* In der Schweiz kommt es jährlich zu etwa 10'000 Hospitalisationen infolge von Suizidversuchen. Die Betreuung dieser Patientengruppe ist im Akutspital oftmals unzureichend. *Ziel:* Die vorliegende Arbeit untersucht, wie Pflegende die Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch erleben und was sie benötigen, um diese Patientengruppe im Akutspital kompetent betreuen zu können. *Methode:* Zur Beantwortung der Forschungsfrage erfolgte eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, Medline, PsycInfo und Google Scholar. Insgesamt wurden zwölf Studien in die Arbeit miteinbezogen. *Relevante Ergebnisse:* Die Thematik dieser Arbeit ist bisher wenig erforscht. Pflegende erleben die Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch als schwierig und herausfordernd. Sie fühlen sich hilflos und unsicher im Umgang mit dieser Patientengruppe. Zentral sind die Themen Distanzierung, Verantwortungsbewusstsein und Haltung. Pflegende benötigen Schulungen, welche sowohl Fachwissen zum Thema Suizid vermitteln, als auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit fördern. Darüber hinaus benötigen sie verbesserte Rahmenbedingungen der Institution, um eine kompetente Betreuung gewährleisten zu können. *Schlussfolgerung:* Das Phänomen „Pflege von Patienten nach einem Suizidversuch im Akutspital“ muss weiter erforscht werden. Studienresultate bezüglich des Erlebens und der Haltung sollen für Pflegende sichtbar gemacht werden, um sie somit zu sensibilisieren.

*Keywords:* attempted suicide, nurse, care, experience, general hospital, needs

# 1 Einleitung

## 1.1 Darstellung des Themas

„I haven't really got training to sit and talk to them about, you know, their problems and counsel them, so I tend to leave them alone after they have been medically treated.“<sup>1</sup>

Dies ist die Aussage einer Pflegefachperson, die in einem Akutspital tätig ist und von der Forscherin Hopkins (2002, S.152) bezüglich der Pflege von Patienten mit selbstverletzendem Verhalten respektive nach einem Suizidversuch, befragt wurde. Gemäss Guptill (2011) wird in der Behandlung von Patienten<sup>2</sup> nach einem Suizidversuch auf der Akutstation der Fokus auf die physische Gesundheit gerichtet, während dem psychischen Wohlbefinden minimale Beachtung geschenkt wird. Guptills Aussage (2011) deckt sich mit den Erfahrungen der Verfasserin dieser Arbeit. In ihrem Praktikum auf einer unfallchirurgischen Station beobachtete sie, wie Patienten nach einem Suizidversuch sowohl von den Pflegenden als auch von der Ärzteschaft kaum auf ihr psychisches Wohlbefinden angesprochen und nach suizidalen Gedanken gefragt wurden. Die Verfasserin dieser Arbeit erlebte die Pflegebeziehung zu dieser Patientengruppe jeweils als sehr angespannt, was womöglich auf die ständige Angst zurückzuführen ist, nicht adäquat auf eine suizidale Äusserung des Patienten reagieren zu können.

## 1.2 Problemstellung

In der Schweiz kommt es jedes Jahr zu etwa 10'000 Hospitalisationen aufgrund von Suizidversuchen (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2005). Pflegende werden somit während ihrer Arbeit im Akutspital zwangsläufig mit dem Thema

---

<sup>1</sup> „Ich wurde nicht ausgebildet um bei Patienten ans Bett zu sitzen und mit ihnen über ihre Probleme zu sprechen, daher tendiere ich dazu, diese Patienten alleine zu lassen, nachdem sie medizinisch behandelt wurden.“ (Eigene Übersetzung)

<sup>2</sup> Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit nur die männliche Form verwendet, die weibliche Form ist jeweils mit gemeint.

Suizid konfrontiert. Gemäss einer Publikation des Bundesamtes für Gesundheit (2005), ist das Suizidrisiko für Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben, 40 mal höher als für die Restpopulation. Um weitere Suizidversuche zu verhindern, ist es gemäss der Verfasserin dieser Arbeit unerlässlich, diese Patienten kompetent und umfassend zu betreuen. Psychiatrieprofessor Reimer (2000), die Pflegeforscherin Guptill (2011), und die persönlichen Erfahrungen der Verfasserin dieser Arbeit zeigen, dass die Pflege dieser Patientengruppe oftmals ungenügend ist. Um die Gründe dafür zu identifizieren, stellt sich die Frage nach dem Erleben der Pflegenden und ihren Bedürfnissen. Aus den oben erwähnten Punkten geht die Aktualität und Relevanz des Themas „Erleben und Bedürfnisse von Pflegenden in der Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch im Akutspital“ für die Pflegepraxis klar hervor.

### **1.3 Fragestellung**

„Wie erleben Pflegefachpersonen die Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch im Akutspital und was benötigen sie, um diese Patientengruppe kompetent betreuen zu können?“

### **1.4 Zielsetzung**

Das Ziel dieser Arbeit ist die Beantwortung der formulierten Fragestellung. Die Arbeit soll zunächst eine Übersicht über das aktuelle Fachwissen liefern. Durch die Bearbeitung der Fragestellung soll die berufliche Kompetenz der Verfasserin dieser Arbeit erweitert werden. Darüber hinaus könnten die Ergebnisse der Literatuarbeit als Grundlage für die Entwicklung eines Konzeptes dienen, zum Beispiel für das Ausarbeiten einer Broschüre oder eines Schulungsprogrammes für Pflegenden im akuten Setting.

### **1.5 Abgrenzung**

Die Arbeit soll sich auf die Behandlungszeit von Patienten nach einem Suizidversuch in einem Akutspital beziehen, also von der Notaufnahme bis hin

zur Entlassung oder einer allfälligen Verlegung in die Rehabilitation, respektive in eine psychiatrische Klinik. Dementsprechend stehen im Fokus der Auseinandersetzung das Erleben und die Bedürfnisse von Pflegenden, die über eine Ausbildung in der Allgemeinpflege verfügen, aber keine Ausbildung oder Weiterbildung in psychiatrischer Pflege absolviert haben. Zentral wird dabei die Betreuung von erwachsenen Patienten nach einem Suizidversuch untersucht, ausgeschlossen wird daher die Pflege von Kindern und Jugendlichen nach einem Suizidversuch.



## 2 Methodik

### 2.1 Ein- und Ausschlusskriterien, Limitierungen

Die Ein- und Ausschlusskriterien sowie Limitierungen der Literaturrecherche werden in Tabelle 1 aufgezeigt. Während der Recherche zeigte sich, dass die anfänglich definierten Ein- und Ausschlusskriterien nicht eingehalten werden konnten. Durch Einschluss von Studien, die eine andere Population, ein anderes Setting oder ein anderes Phänomen untersuchen, musste die Verfasserin dieser Arbeit einen Wissenstransfer vornehmen, um die Forschungsfrage zu beantworten.

**Tabelle 1 Ein- und Ausschlusskriterien, Limitierungen**

<b>Population</b>	Es sollen Studien herangezogen werden, die sich auf Pflegende beziehen, die im Akutspital tätig sind. Aufgrund von zu wenig Datenmaterial kam die Verfasserin dieser Arbeit vom eigentlich geplanten Ausschluss von Psychiatriepflegenden und Allgemeinpflegenden, die eine Aus- oder Weiterbildung in psychiatrischer Pflege verfügen, ab. Vor allem qualitative Studien befassen sich oftmals mit Psychiatriepflegenden und liefern wichtige Erkenntnisse, die nicht weggelassen werden können.
<b>Setting</b>	Da sich nur wenige Studien mit der Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch im Akutspital befassen, müssen Studien, die in psychiatrischen Kliniken durchgeführt werden, in die Arbeit eingeschlossen werden. Die Literaturrecherche beschränkt sich auf Studien, die in Europa, Nordamerika, Australien oder Neuseeland durchgeführt wurden. Hinzugezogen werden sowohl Studien welche in ländlichen Gegenden als auch städtischen Gegenden durchgeführt wurden. Aufgrund der grossen kulturellen Diskrepanzen werden Studien aus dem südamerikanischen, asiatischen und afrikanischen Raum ausgeschlossen.
<b>Phänomen</b>	Es sollen Studien in die Arbeit eingeschlossen werden, die sich mit der Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch befassen. Da Studien, die sich explizit mit der Thematik des Suizidversuches befassen rar sind, sieht sich die Verfasserin dieser Arbeit gezwungen, Studien, die

generell von suizidalem Verhalten handeln, ebenfalls in die Literaturarbeit mit einzubeziehen. Ausgeschlossen werden Studien über Bilanzsuizid<sup>3</sup>, Massensuizid\*, erweiterten Suizid\*, sowie Suizid in Gefangenschaft. Ebenso sind Studien, die von selbstschädigendem Verhalten\* und selbstverletzendem Verhalten\* handeln, nicht Teil dieser Arbeit. Bezüglich der Patienten soll es um erwachsene Patienten gehen. Studien, die von Kindern und Jugendlichen (unter 18-Jährigen) handeln, werden nicht berücksichtigt.

#### **Limitierungen**

Es wird nur englische und deutsche Literatur berücksichtigt. Was die Aktualität von Studien betrifft, hat die Verfasserin dieser Arbeit bewusst keine Limitierung gesetzt. Dies rührt daher, dass sich die Situation nicht wesentlich verändert hat und nicht stark zeitabhängig ist. Die Verfasserin dieser Arbeit gewichtet eine Übereinstimmung von Population, Setting und Phänomen der Studie mit der Forschungsfrage höher, als die Aktualität der Studie.

## **2.2 Literaturrecherche**

Die Datenrecherche fand mit einer Stich- und Schlagwortsuche in den Datenbanken CINAHL, Medline, PsycInfo und Google Scholar statt.<sup>4</sup> Die Suche auf Google Scholar diente der Verfasserin dieser Arbeit vor allem dazu, einen groben Überblick über die vorhandene Datenmenge zu erhalten und geeignete Suchbegriffe zu finden. Die Stich- und Schlagworte werden in Tabelle 2 aufgezeigt. Sie wurden mit den Booleschen Operatoren AND und OR kombiniert. Die Literaturrecherche dauerte von September 2012 bis Februar 2013. Damit die Suche umfassend ist, recherchierte die Verfasserin dieser Arbeit bei jeder gefundenen Studie deren Referenzen und beschaffte sich diese gegebenenfalls. Um die Studiensuche möglichst einheitlich und systematisch zu gestalten, wurden in den oben genannten Datenbanken jeweils dieselben Begriffe verwendet.

<sup>3</sup> Begriffe, die mit einem \* gekennzeichnet sind werden im Glossar im Anhang A dieser Arbeit erläutert.

<sup>4</sup> Die Tabellen, die den Suchprozess wiedergeben, sind im Anhang C dargestellt.

**Tabelle 2 Stich- und Schlagworte**

<b>Stichworte</b>	<b>Schlagworte</b>
"analysis of qualitative data"	„attitude“
„education“	„caregivers“
„educational needs“	„health services needs and demands“
„emergency nurs*“	„hospitals, General“
„experience“	„nurses“
„needs“	„psychiatric Nursing“
„psychiatric care“	„suicide“
„reaction“	„suicide, attempted“
„response“	
„self harm“	
„suicidal behavi*r“	
„synthesis“	
„training“	

### **2.3 Beurteilung der Studien und Evidenzlevelbestimmung**

Die Beurteilung qualitativer Studien erfolgte nach dem „Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien“ nach Law, Stewart, Letts, Pollock, Bosch und Westmorland (1998). Quantitative Studien wurden nach dem „Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien“ nach Law et al. (1998) bewertet. Quantitative Studien, welche die Haltung von Pflegenden untersuchen, wurden anhand eines leicht modifizierten Rasters beurteilt. Da in diesen Studien die Beurteilungskategorie „Massnahme“ entfällt, stattdessen aber die Instrumente der Datenerhebung wichtig sind, wurde dies von der Verfasserin dieser Arbeit dementsprechend angepasst.

Die Evidenzlevelbestimmung erfolgte bei qualitativen Studien nach Kearney (2001), der den Evidenzlevel durch das Kriterium „Komplexität“ beurteilt. Bei quantitativen Studien erfolgte die Beurteilung nach Madjar und Walton (2001). Beide Instrumente zur Evidenzlevelbestimmung unterscheiden Level in einem Spektrum von 1 bis 5, wobei 1 der höchste Evidenzlevel ist.

Sämtliche Studien, die mittels der vorgestellten Suchparameter passend zur Beantwortung der Forschungsfrage schienen, wurden von der Verfasserin dieser Arbeit gründlich ausgewertet. Studien, die sich auch nach der Auswertung als relevant erwiesen, wurden, wie zuvor beschrieben analysiert. Studien, die bei der Beurteilung gravierende Mängel aufwiesen (Vorgehen nicht bekannt oder völlig intransparent, widersprüchliche Angaben), wurden ausgeschlossen.

### **3 Theoretischer Hintergrund**

#### **3.1 Phänomenbereich Suizid**

Möller (2009, S. 384) definiert Suizid als „eine absichtliche Selbstschädigung mit tödlichem Ausgang“. Im Jahr 2010 begingen in der Schweiz gemäss Angaben des Bundesamtes für Statistik [BFS] 1'004 Personen Suizid, davon 281 Frauen und 723 Männer. Eine genaue Zahl der Suizidversuche, die nach Müller-Spahn und Sollberger (2010, S. 2004) als „Selbsttötungsversuche ohne tödlichen Ausgang“ definiert sind, kann nicht genannt werden. Konservative Schätzungen gehen aber von 20'000 bis 25'000 Suizidversuchen pro Jahr aus (BAG, 2005). Zu Hospitalisationen infolge von Suizidversuchen kommt es gemäss BAG (2005) in mehr als 10'000 Fällen pro Jahr. Der Phänomenbereich der Suizidalität ist sehr komplex. Neben den Begriffen Suizid und Suizidversuch existiert auch der des Parasuizides (Möller, 2009). Dieser geht über den Begriff der Selbsttötungsabsicht hinaus und repräsentiert laut Möller (2009) besser, was in der Klinik unter einem Suizidversuch verstanden wird. Möller (2009) wie auch Wolfersdorf (2000) weisen darauf hin, dass bei vielen Suizidversuchen nicht eine Selbsttötungsabsicht besteht, sondern andere Motive im Vordergrund stehen. Je nach Intention kann man Suizidversuche klassifizieren als suizidale Handlungen, bei denen die Autoaggression\* im Vordergrund steht, als parasuizidale Gesten, bei denen der Appell an die Umgebung im Vordergrund steht und als parasuizidale Pausen, in denen das Bedürfnis nach Ruhe ausschlaggebend ist (Torhorst, Wachtler und Möller, 1986, zit. nach Möller, 2009, S.393).

#### **3.2 Risikofaktoren**

In Tabelle 3 werden die Risikofaktoren für Suizidalität aufgeführt. Da die Risikofaktoren für einen Suizid und einen Suizidversuch bezüglich Geschlecht, Alter und psychischer Erkrankungen nicht identisch sind, werden diese Aspekte getrennt aufgeführt (Möller, 2009).

**Tabelle 3 Risikofaktoren Suizid und Suizidversuch**

---

**Gemeinsame Risikofaktoren**

- Schwere körperliche Erkrankungen mit schlechter Prognose (Dialysepflichtige Erkrankungen, HIV-Infizierte / AIDS-Kranke, Anorexia nervosa, Krebsleiden, körperliche Behinderungen)<sup>1 3</sup>
- Frühere Suizidversuche, frühere Suizidalität<sup>1 2 3</sup>
- Verlust von Menschen durch Suizid im engen Umfeld<sup>2</sup>
- Haft, insbesondere Untersuchungshaft, Flüchtlingsstatus, Verfolgte<sup>3</sup>
- Angehörigkeit unterer sozialer Schichten, Arbeitslosigkeit<sup>2</sup>
- Fehlen eines engen sozialen Netzes, konfliktreiche Beziehungen, keine familiäre Bindungen<sup>2 3</sup>
- In städtischen Gegenden wohnhaft, in vornehmend katholischen Gegenden wohnhaft<sup>1</sup>
- Gefühle (Hoffnungslosigkeit, Überforderung, Einsamkeit, Wertlosigkeit, Verzweiflung, Furcht verlassen zu werden, Empfindung von psychischem Schmerz)<sup>1</sup>

**Charakteristische Risikofaktoren für einen Suizid**

- Männliches Geschlecht<sup>1 2</sup>
- Über 60-jährig<sup>1 2 3</sup>
- Psychische Erkrankungen (Bipolare Störungen\*, schwere Depressionen, Schizophrenie, Suchterkrankungen)<sup>1 2 3</sup>

**Charakteristische Risikofaktoren für einen Suizidversuch**

- Weibliches Geschlecht<sup>1 2</sup>
- 15- bis 30-jährig, insbesondere in der Phase der Ablösung vom Elternhaus<sup>1 2 3</sup>
- Neurotische Erkrankungen\*, Persönlichkeitsstörungen\* (beispielsweise Borderline\*), Suchterkrankungen, Opfer von Missbrauch).<sup>1 3</sup>

---

Quellen:       1. Abderhalden und Kozel (2011)  
                  2. Möller (2009)  
                  3. Schädle-Deininger (2006)

### **3.3 Beschreibung der Patientensituation**

Patienten, die aufgrund eines Suizidversuches hospitalisiert werden, befinden sich gemäss Guptill (2011) in einer sehr instabilen Situation. Die Patienten seien einerseits unzufrieden mit ihren Lebensumständen und andererseits frustriert über ihren misslungenen Suizidversuch. Abhängig von der jeweiligen Suizidmethode können auch die physischen Folgen des Suizidversuches gravierend sein und für den Patienten eine weitere schwere Belastung darstellen (Guptill, 2011). Guptill (2011) legt dar, dass sowohl Suizidversuche als auch selbstverletzendes Verhalten hochgradig stigmatisiert sind. Nach Laufs (2004) leiden Patienten nach einem Suizidversuch meist unter starken Scham- und Schuldgefühlen, und jede Handlung von Therapeuten sollte darauf abzielen, sie emotional von ihrem Leidensdruck zu entlasten. Die Betreuung der Patienten ist individuell abhängig von der Wahl der Suizidmethode und dem Schweregrad ihrer Folgen (Guptill, 2011). Eine Verpflichtung zur Nachbetreuung von Patienten nach einem Suizidversuch existiert in der Schweiz nicht (Ramseier, n.d., zit. nach Pfister, 2010). Es liegt im Ermessen des erstbehandelnden Arztes zu entscheiden, ob ein Patient nachbetreut wird oder nicht (Ramseier, n.d., zit. nach Pfister, 2010).

### **3.4 Aufgaben der Pflegenden in der Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch**

Ein erster wichtiger Aspekt im Umgang mit suizidalen Patienten ist gemäss Schädle-Deiningner (2006), die Gefährdung der Patienten überhaupt zu erkennen. Dieser Punkt entfällt bei Patienten nach einem Suizidversuch, da bei ihnen automatisch von einer Gefährdung ausgegangen werden muss. Sowohl Abderhalden et al. (2011), als auch Schädle-Deiningner (2006) betonen die Wichtigkeit des Nachfragens nach Todeswünschen und suizidalen Gedanken. Entgegen der Annahme von Laien aber auch vieler Fachleute, die das Thema Suizid gemäss Seizer (2008, zit. nach Mühlherr, 2013) scheuen, um keine „schlafenden Hunde zu wecken“, ist es für Patienten sehr entlastend, über ihre suizidalen Gedanken zu berichten, und sie werden so aus ihrer Isolation befreit

(Schädle-Deininger, 2006). Damit die Thematisierung der Suizidalität tatsächlich eine Entlastung für den Patienten sein kann, muss das Gegenüber nach Seizer (2008, zit. nach Mühlherr, 2013) ganz auf den Einzelnen eingehen, darf keine Angst vor dem Thema haben und der Patient soll seine Gefühle zeigen dürfen. Sogenannte Nonsuizidvereinbarungen, bei denen der Patient verspricht, über einen bestimmten Zeitraum keinen Suizidversuch zu unternehmen, können hilfreich sein, sind aber nur für absprachefähige Patienten\* geeignet (Schädle-Deininger, 2006). Ablenkung des Patienten und strukturgebende Massnahmen sind nach Schädle-Deininger (2006) ebenfalls hilfreiche Interventionen. Pflegende müssen gemäss Abderhalden et al. (2011) besorgt sein, den Patienten ein sicheres Umfeld zu bieten, potenziell gefährliche Orte oder Gegenstände dürfen für die Patienten nicht zugänglich sein. Ebenso trägt die Überwachung des Patienten zu dessen Sicherheit bei, wobei das Mass der Überwachung situationsgerecht sein soll (Abderhalden et al., 2011). Pflegende dürfen den Patienten weder Vorwürfe machen, noch deren Suizidversuch und Probleme verharmlosen (Abderhalden et al., 2011). Von grosser Wichtigkeit ist nach Laufs (2004, S. 255), sich Zeit für den Patienten zu nehmen und eine „emotional akzeptierende Zuwendung“ zu zeigen. Gemäss Wolk-Wasserman (1987, zit. nach Samuelsson et al., 1997, S. 236) sind suizidale Patienten besonders anfällig auf Ablehnung. Daraus leiten Samuelsson et al. (1997) ab, dass es in der Verantwortung der Pflegenden liegt, ein positives Klima zu schaffen und zu vermeiden, dass sich der Patient im Spital erneut abgelehnt fühlt.

### **3.5 Pflegebeziehung**

Neben dem Hauptziel, einen erneuten Suizidversuch zu verhindern und dem Patienten dabei zu helfen, Abstand von seinen Suizidgedanken zu gewinnen, ist es ein weiteres wesentliches Ziel, eine vertrauensvolle Beziehung zum Patienten aufzubauen (Abderhalden et al., 2011). Gemäss Horvath und Symonds (1991) kann eine schlechte Pflegebeziehung zu einem iatrogenen\* Risikofaktor für einen Suizid werden. Gemäss Schädle-Deininger (2006) sollen Pflegende in der Pflegebeziehung achtend und wertschätzend sein und der



Beziehung Kontinuität verleihen. Da das Thema Suizid unangenehm und emotional ist, reagieren gemäss Seizer (2008, zit. nach Mühlherr, 2013) viele Pflegende abweisend und distanziert, sind hilflos oder aufgeregt. Dies hat zur Folge, das Thema Suizidalität vorschnell beenden zu wollen, indem den Patienten die Suizidalität „ausgeredet“ wird oder aber indem vorschnelle Lösungsvorschläge angeboten werden, die für den Patienten nicht hilfreich sind (Seizer, 2008, zit. nach Mühlherr, 2013). Um ein „wachstumsförderndes Klima“ in einer Beziehung zu schaffen, müssen gemäss Carl Rogers (2007, zitiert nach Wolff, 2011, S.314) Kongruenz, Empathie, Wertschätzung oder positive Zuwendung, bedingungsfreies Akzeptieren sowie die Orientierung an der Wahrnehmungswelt des Patienten gewährleistet sein.

### **3.6 Haltung**

Aus ethischer Sicht lässt sich die Haltung als eine „durch Einübung in allgemein anerkannte zwischenmenschliche Verhaltensmuster gewonnene und zur Gewohnheit gewordene innere Einstellung“ definieren (Brockhaus, 2010). Aus dieser inneren Einstellung heraus werden Handlungen „moralisch beurteilt und ausgeführt“ (Brockhaus, 2010). Die psychologische Definition der Haltung hebt hervor, dass die Haltung „auf das Verhalten und Handeln selektierend und disponierend einwirkt“ (Brockhaus, 2010). Gemäss Pompili, Girardi, Ruberto, Kotzalidis und Tatarelli (2005) kann eine ablehnende Haltung in Kombination mit Unsicherheit Pflegende davon abhalten, suizidgefährdete Patienten effizient und empathisch zu behandeln.

## 4 Vorstellen der Ergebnisstudien

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über den Inhalt und die Qualität der hinzugezogenen Studien. Im Anhang E werden die Studien im Rahmen der Studienbeurteilung ausführlich beschrieben.

**Tabelle 4 Übersicht der Ergebnisstudien**

---

**Studie 1: Nurses' attitudes towards suicidal behaviour – a comparative study of community mental health nurses and nurses working in an accidents and emergency department.**

**Autor, Jahr:** Anderson, M. P., 1997. **Land:** England **Design:** Quantitativ. 2-Gruppen-Vergleich. **Stichprobe:** N= 66, davon 33 Notfallpflegende und 33 Psychiatriepflegende. **Inhalt:** Die Studie untersucht die Haltung gegenüber suizidalen Patienten von Psychiatriepflegenden und Notfallpflegenden und stellt einen Vergleich an. Zur Datenerhebung dient ein Fragebogen, der auf dem „Suicide Opinion Questionnaire“ (SOQ) basiert und vom Autor um die Kategorie „Professional Role Work and Care“ erweitert wurde. **Stärken:** Der SOQ ist valide und reliabel. Das vom Autor modifizierte Messinstrument wurde in einer Pilotstudie getestet. **Schwächen:** Die Studie untersucht eine kleine Stichprobe. Die beiden Gruppen sind bezüglich Alter nicht homogen. Die Gruppe der Psychiatriepflegenden weist einen Modus von 40-49 Jahren auf, während der Modus unter den Notfallpflegenden 30-39 Jahre beträgt. Es ist keine genaue Aussage betreffend Berufserfahrung in den beiden Gruppen möglich, da Angaben von drei Probanden fehlen. Das Analyseverfahren fällt aus zeitlichen Gründen knapp aus. **Evidenzlevel:** 4 (nach Madjar et al., 2001). **Relevanz für die vorliegende Arbeit:** Der Vergleich von Allgemeinpflegenden und psychiatrischen Pflegenden ist wichtig für den Transfer von anderen Studienresultaten aus der Psychiatrie in die Allgemeinpflege. Ausserdem lassen sich durch den Vergleich Bedürfnisse der Allgemeinpflegenden ableiten.

**Studie 2: Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care.**

**Autoren, Jahr:** Carlén, P. & Bengtsson, A., 2007. **Land:** Schweden **Design:** Qualitativ, basierend auf einer reflektierenden „life-world“ Perspektive nach Dahlberg et al. (2001). **Stichprobe:** N=9, Psychiatriepflegende. **Inhalt:** Die Studie untersucht, wie Pflegende suizidale Patienten erleben, die stationär behandelt werden. Zur Datenerhebung werden semistrukturierte Interviews eingesetzt, die zwischen 45 und 90 Minuten dauern. Es erfolgt eine latente Inhaltsanalyse. **Stärken:** Die Studie ist von hoher Qualität. Das Vorgehen wird genau beschrieben und ist nachvollziehbar. **Schwächen:** Die Resultate der Studie sind hoch komplex und aufgrund dessen schwer verständlich. **Evidenzlevel:** 3 (nach Kearney, 2001). **Relevanz für die vorliegende Arbeit:** Die Studie ist von grosser Relevanz für diese Arbeit. Es muss aber ein Transfer erfolgen von der psychiatrischen Pflege in die Allgemeinpflege. Ebenso ist ein Wissenstransfer von suizidalen Patienten auf Patienten nach einem Suizidversuch notwendig.

---

---

**Studie 3: Psychiatric nurses' response to suicidal psychiatric inpatients: struggling with self and sufferer.**

**Autoren, Jahr:** Gilje, F., Talseth, A. G. & Norberg, A., 2005. **Land:** Norwegen **Design:** Qualitativ. Hermeneutisch-phänomenologisches Design. **Stichprobe:** N=19, Psychiatriepflegende. **Inhalt:** Die Studie hat zum Ziel die Reaktionen von Pflegenden auf suizidale Patienten zu beschreiben. Dazu verwenden die Autoren das Datenmaterial, das 1997 von Talseth, Lindseth, Jacobsson und Norberg generiert wurde und analysieren es erneut. **Stärken:** Der Analyseprozess ist nachvollziehbar. Die Studie ist von guter Validität und Reliabilität. **Schwächen:** Das Datenmaterial ist zum Zeitpunkt der Zweitanalyse durch Gilje et al. (2005) bereits 8 Jahre alt. Dies mag allerdings wiederum als Stärke betrachtet werden, da die Autorinnen Talseth und Norberg, die bereits in der ersten Datenanalyse 1997 mitgewirkt haben, Abstand zur Thematik gewinnen und somit neue Sichtweisen entwickeln konnten. **Evidenzlevel:** 3 (nach Kearney, 2001). **Relevanz für die vorliegende Arbeit:** Die Studie beschreibt das Erleben der Pflegenden. Allerdings handelt es sich bei den Patienten nicht nur um solche nach einem Suizidversuch, sondern generell um suizidale Patienten. Zudem muss ein Transfer von der Psychiatriepflege in die Allgemeinpflege erfolgen.

**Studie 4: „But what about the really ill, poorly people?“ (An ethnographic study into what it means to nurses on medical admissions units to have people who have harmed themselves as their patients).**

**Autorin, Jahr:** Hopkins, C., 2002. **Land:** England **Design:** Qualitativ. Ethnografische Studie. **Stichprobe:** N=4, Notfallpflegende. **Inhalt:** Die Studie untersucht die Bedeutung für Pflegende, Patienten zu betreuen, die aufgrund von selbstverletzendem Verhalten hospitalisiert sind. Zur Datenerhebung dienen die Beobachtung der Probanden im Arbeitsalltag, semistrukturierte Interviews und das Führen eines Feldjournals. **Stärken:** Die Datenerhebung erfolgt durch drei verschiedene Methoden, wodurch die Forscherin einen umfassenden Einblick ins Phänomen erhält. Die Ergebnisse werden ausführlich dargestellt. **Schwächen:** Es ist keine deskriptive Klarheit bezüglich der Probanden vorhanden. Es ist unklar, ob die vier interviewten Pflegenden über Fachwissen im Umgang mit dieser Patientengruppe verfügen. Zudem ist nicht klar, ob die Forscherin dieselben vier Probanden beobachtet, die sie interviewt, oder ob sie ein ganzes Team beobachtet. Das Analyseverfahren ist nicht nachvollziehbar. **Evidenzlevel:** 4 (nach Kearney, 2001). **Relevanz für die vorliegende Arbeit:** Das Setting der Studie entspricht der Forschungsfrage dieser Arbeit. Allerdings handelt es sich in Hopkins' Studie um Patienten, die selbstverletzendes Verhalten aufweisen. Obwohl Hopkins in ihrer Studie im theoretischen Teil auf die Thematik des Suizidversuches eingeht und im Ergebnissteil Patientensituationen beschreibt, die von einem Suizidversuch handeln, müssen selbstverletzendes Verhalten und Suizidversuch unterschieden werden.

**Studie 5: Evaluation of the Recognizing and Responding to Suicide Risk Training.**

**Autoren, Jahr:** Jacobson, J. M., Osteen, P., Jones, A. & Berman, A., 2012. **Land:** USA

---

**Design:** Quantitativ. Pretest-Posttest-Design. **Stichprobe:** N= 452, davon 77 Pflegende. Die restlichen Probanden gehören den Berufsgruppen der Berater, Sozialarbeiter, Psychologen, Psychiatern und Ärzten an. 194 der Probanden nehmen an allen drei Messungen teil. Die häufigsten genannten Arbeitsorte der Probanden sind in 32% der Fälle eine Hochschule/Universität, in 27% ein Spital und in 11% eine ambulante psychologische Beratungsstelle.

**Inhalt:** Die Studie misst sowohl die Kurzzeit-, als auch Langzeiteffekte eines Trainingsprogrammes, das als Best Practice vom „Suicide and Prevention Resource Center“ entwickelt wurde. Das Trainingsprogramm besteht aus einem praxisnahen 2-Tage-Intensivkurs. Die Probanden werden geschult, das Suizidrisiko von Patienten zu erkennen, und darauf sensibilisiert, Alternativen zur Hospitalisation in Betracht zu ziehen. Es werden drei Messungen mittels Fragebogen durchgeführt. Eine unmittelbar vor, eine unmittelbar nach dem Trainingsprogramm und eine dritte vier Monate nach dem Trainingsprogramm. Die Auswirkungen des Trainingsprogrammes werden mithilfe folgender Messinstrumente erfasst: „Attitudes of Suicide and Suicide Prevention Scale“ (ASP), „Process and Difficult Client Behaviors subscales of the Counseling Self-Estimate Inventory“ (COSE), „Suicide Behavior Attitude Questionnaire“ (SBAQ), „Clinical Risk Management Scale“, modifizierte Version des „Skills Training On Risk Management“ (STORM), „Assessment of Suicide Risk Scale“, „Assessment of Suicide Intent Scale“, modifizierte Version des Fragebogens von Gask et al. (2006), „Suicide Risk Management Scale“, Einschätzung von Fallbeschreibungen und vier Fragen bezüglich Bedarf nach Schulungen/Training. **Stärken:** Durch den Einsatz vieler verschiedener Messinstrumente können die Effekte des Trainingsprogrammes umfassend dargestellt werden. Die Studie untersucht eine grosse Probandenzahl. **Schwächen:** Es fehlen Informationen bezüglich der Probanden. Die demografischen Angaben der Probanden beziehen sich auf unterschiedliche Stichprobenzahlen. Das Trainingsprogramm wird unzureichend beschrieben. **Evidenzlevel:** 3 (nach Madjar et al., 2001). **Relevanz für die vorliegende Arbeit:** Die Studie ist relevant, da sie neben den Kurzzeiteffekten auch die Langzeiteffekte eines Trainingsprogrammes untersucht. Es muss aber berücksichtigt werden, dass die Studie andere Berufsgruppen als Pflegende und andere Arbeitsorte als das Akutspital einschliesst. Zudem handelt es sich um Patienten mit suizidalem Verhalten, und nicht explizit um Patienten nach einem Suizidversuch.

**Studie 6: Suicidal behaviour-A study of emergency nurses' educational needs when caring for this patient group.**

**Autoren, Jahr:** Keogh, B., Doyle, L. & Morrissey, J., 2007. **Land:** Irland **Design:** Qualitative, deskriptive Studie. **Stichprobe:** N=42, Notfallpflegende. **Inhalt:** Die Studie untersucht das Schulungsbedürfnis von Notfallpflegenden, die Patienten mit suizidalem Verhalten betreuen. Die Daten werden mittels eines Fragebogens erhoben, der geschlossene Fragen bezüglich der demografischen Daten und offene Fragen bezüglich der Bedürfnisse umfasst. **Stärken:**

Ausführliche Informationen bezüglich der Probanden. **Schwächen:** Die Studie untersucht eine kleine Probandenzahl und ist sehr einfach aufgebaut. **Evidenzlevel:** 5 (nach Kearney, 2001).

**Relevanz für die vorliegende Arbeit:** Die Studie ist von grosser Relevanz und entspricht dem Setting der vorliegenden Arbeit. Sie untersucht allerdings suizidales Verhalten und nicht explizit die Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch. Somit wird ein Wissenstransfer nötig.

**Studie 7: Casualty nurses' attitudes to attempted suicide.**

**Autoren, Jahr:** Mc Laughlin, C., 1994. **Land:** Nordirland **Design:** Quantitativ.

Querschnittsdesign. **Stichprobe:** N=95, Allgemeinpflegende. **Inhalt:** Die Studie untersucht die Haltung von Allgemeinpflegenden gegenüber Patienten nach einem Suizidversuch. Die Forscherin formuliert zwei Hypothesen: 1. Ältere Pflegende haben eine negativere Haltung gegenüber suizidalem Verhalten als jüngere. 2. Pflegende mit mehr Berufserfahrung haben eine negativere Haltung als weniger erfahrene Pflegende. Mittels Fragebogen werden Pflegende aus elf Spitälern Nordirlands bezüglich deren Haltung befragt. Zur Datenerhebung dienen Aussagen des „Suicide Opinion Questionnaire“ (SOQ) von Domino et al. (1982). Zusätzlich müssen die Pflegenden die Behandlungsdringlichkeit von vier Patienten einschätzen. Ebenfalls erfasst wird, wie oft die Pflegenden von Berufskollegen bereits den Kommentar „Why does he never do it right and save us a lot of trouble“ hörten. **Stärken:** Die Studie untersucht eine relativ grosse Probandenzahl. Das Vorgehen der Untersuchung wird klar beschrieben.

**Schwächen:** Es fehlt eine klare Beschreibung der Probanden. Das Risiko eines Typ-2-Fehlers ist hoch. **Evidenzlevel:** 4 (nach Madjar et al., 2001). **Relevanz für die vorliegende Arbeit:** Die Studie entspricht dem Setting und dem Phänomen der vorliegenden Arbeit und ist somit von grosser Relevanz.

**Studie 8: Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes to attempted suicide patients.**

**Autoren, Jahr:** Samuelsson, M. & Asberg, M., 2002. **Land:** Schweden **Design:** Quantitativ.

Pretest-Posttest-Design **Stichprobe:** N=47, Psychiatriepflegende. **Inhalt:** Die Studie untersucht die Kurzzeiteffekte eines Trainingsprogrammes in Suizidprävention bei psychiatrischen Pflegenden. Das Trainingsprogramm besteht aus 12 Einheiten, die aus einer 2-stündigen Vorlesung und einer 1-stündigen Diskussion bezüglich des vorgetragenen Themas in Gruppen bestehen. Insgesamt dauert das Trainingsprogramm 36 Stunden. Mittels eines Fragebogens vor und nach der Schulung werden die Kurzzeiteffekte dieses Trainingsprogrammes gemessen. Der Effekt des Programmes wird anhand der Haltung definiert. Zur Messung der Haltung dienen die „Understanding of suicide attempt patients scale“ (USP-Scale) sowie drei Fallbeschreibungen, die von den Pflegenden eingeschätzt werden müssen. **Stärken:** Die Studie ist qualitativ hochstehend. Das Vorgehen der Autoren ist klar beschrieben und nachvollziehbar.

**Schwächen:** Um ein aussagekräftigeres Resultat bezüglich des Effekts dieses Trainingsprogrammes zu erhalten, wäre eine Kontrollgruppe notwendig, die 36 Stunden zu einer anderen Thematik geschult würde. Die Probandenzahl ist für eine quantitative Studie

klein. **Evidenzlevel:** 3 (nach Madjar et al., 2001). **Relevanz für die vorliegende Arbeit:** Die Studie ist von grosser Relevanz. Da die Probanden Psychiatriepflegende sind, muss allerdings ein Transfer zu den Allgemeinpflegenden stattfinden.

**Studie 9: Nurses' Attitudes to Attempted Suicide Patients.**

**Autoren, Jahr:** Samuelsson, M., Sunbring, Y., Winell, I. & Asberg, M., 1997. **Land:** Schweden

**Design:** Quantitativ. 2-Gruppen-Vergleich. **Stichprobe:** Randomisiert. N=129 Pflegende.

Davon arbeiten 79 Pflegende auf somatischen Stationen (Intensivpflegestation, Notfallstation und Innere Medizin) und 50 Pflegende auf psychiatrischen Stationen. **Inhalt:** Die Studie untersucht die Haltung von Pflegenden im Akutspital gegenüber Patienten, die einen Suizidversuch begangen haben. Die Resultate werden mit denen von Psychiatriepflegenden verglichen. Zur Datenerhebung wird die „Understanding of Suicide Attempt Patients Scale“ (USP-Scale) verwendet und drei Fallbeschreibungen, die von den Pflegenden bewertet werden müssen. **Stärken:** Der verwendete Fragebogen (USP-Scale) ist valide und reliabel. Die Forscher setzen zur Datenerhebung zwei Instrumente ein. Sie untersuchen eine vergleichsweise grosse Stichprobe. Die verwendeten Analyseverfahren sind geeignet.

**Schwächen:** Die demografischen Angaben bezüglich der Probanden sind knapp. Es fehlen Informationen bezüglich des Arbeitsfeldes der Probanden. Die beiden Gruppen, welche Samuelsson et al. (1997) vergleichen, sind nicht gleich gross, was einen Bias zur Folge haben kann. **Evidenzlevel:** 4 (nach Madjar et al., 2001). **Relevanz für die vorliegende Arbeit:** Der Vergleich von Allgemeinpflegenden und psychiatrischen Pflegenden ist wichtig für den Transfer von anderen Studienresultaten aus der Psychiatrie in die Allgemeinpflege. Zudem lassen sich durch diese Studie Schlüsse ziehen, was den Allgemeinpflegenden fehlt, um eine positivere Haltung gegenüber den Patienten entwickeln zu können.

**Studie 10: The Attitudes of Emergency Staff Toward Attempted Suicide Patients.**

**Autoren, Jahr:** Suokas, J., Suominen, K. & Lönnqvist, J., 2009. **Land:** Finnland **Design:**

Quantitativ. Pretest-Posttest-Design. **Stichprobe:** N= 100, bestehend aus Langzeitmitarbeitern (Ärzte und Pflegende) einer Notfallstation. In der ersten Befragung 2004 nahmen 66 Probanden teil, und in der zweiten Befragung 2005 deren 34. **Inhalt:** Die Studie untersucht die Haltungen des Notfallpersonals gegenüber Patienten nach einem Suizidversuch vor und nach der Einführung eines psychiatrischen Betreuungsdienstes. Das psychiatrische Betreuungsteam besteht aus einer Psychiatriepflegenden, die Vollzeit im Notfall angestellt ist, und einem Psychiater, der Teilzeit arbeitet. Die Aufgaben dieses Teams bestehen aus dem Assessment und dem Organisieren der weiteren Betreuung der Patienten, die nach einem Suizidversuch eingeliefert werden. Zur Datenerhebung wird die „Understanding Suicidal Patients Scale“ (USP-Scale) verwendet. Die erste Messung erfolgt vor der Einführung des psychiatrischen Betreuungsteams und die zweite, nachdem das Programm fast ein Jahr in Betrieb war.

**Stärken:** Die Daten werden ausführlich analysiert. **Schwächen:** Es fehlen wichtige Angaben zu den Probanden. Die tiefe Rücklaufquote, insbesondere bei der zweiten Befragung, kann die

Resultate verfälschen. **Evidenzlevel:** 3 (nach Madjar et al., 2001). **Relevanz für die vorliegende Arbeit:** Die Resultate der ersten Messung, zur Haltung des Notfallpersonals vor Einführung des Betreuungsteams können als Ergänzung zu den anderen Studien gesehen werden, welche die Haltung von Pflegenden untersuchen. Die Resultate nach Einführung des Betreuungsteam zeigen den Effekt dieses Betreuungsteams auf das Notfallpersonal. Es muss allerdings beachtet werden, dass die Probandengruppe nicht nur aus Pflegenden besteht, sondern auch aus Ärzten.

**Studie 11: Nurses' narrations about suicidal psychiatric inpatients.**

**Autoren, Jahr:** Talseth, A.-G., Lindseth, A., Jacobsson, L. & Norberg, A., 1997. **Land:** Norwegen **Design:** Qualitativ. Hermeneutisch-phänomenologisches Design. **Stichprobe:** N=19, Psychiatriepflegende. **Inhalt:** Die Studie untersucht das Erleben der Pflegenden von suizidalen Patienten. Dazu werden narrative Einzelinterviews geführt, die ungefähr eine Stunde dauern. Anschliessend erfolgt eine induktive Datenanalyse. **Stärken:** Es erfolgt eine vollständige Beschreibung der Probanden. Die Datensättigung wird erreicht. **Schwächen:** Das Analyseverfahren wird nur knapp beschrieben und ist somit nur bedingt nachvollziehbar. **Evidenzlevel:** 4 (nach Kearney, 2001). **Relevanz für die vorliegende Arbeit:** Die Studie beschreibt das Erleben der Pflegenden. Allerdings handelt es sich bei den Patienten nicht nur um Patienten nach einem Suizidversuch, sondern generell um suizidale Patienten. Zudem muss ein Transfer von der Psychiatriepflege in die Allgemeinpflege erfolgen.

**Studie 12: Barriers to suicide risk management in clinical practice: A national survey of oncology nurses.**

**Autoren, Jahr:** Valente, S. & Saunders, J. M., 2004. **Land:** USA **Design:** Mischdesign. Deskriptives, komparatives cross-sectional-Design. **Stichprobe:** N=454, Onkologiepflegende. **Inhalt:** Ziel der Studie ist das Fachwissen, die Fertigkeiten sowie Interventionen von Pflegenden bezüglich suizidalen Patienten zu identifizieren, und Hindernisse in der Pflege dieser Patientengruppe zu erkennen. Die Daten werden mit einem demografischen Messinstrument, Fragen bezüglich einer Patientenbeschreibung, dem Messinstrument „Suicide Attitudes“ (SUIATT) und dem „Suicide Opinion Questionnaire“ (SOQ) erhoben. **Stärken:** Die Studie umfasst eine grosse Stichprobe. Es handelt sich um eine qualitativ hochstehende Studie. **Schwächen:** Rund 20% der Probanden verfügen über einen Kurs im Umgang mit suizidalen Patienten, die Forscher berücksichtigen dies in der Auswertung allerdings nicht. **Evidenzlevel:** 3 (nach Kearney, 2001). **Relevanz für die vorliegende Arbeit:** Die Studie ist von hoher Relevanz. Sie handelt von suizidalen Patienten, wodurch ein Transfer zur Pflege von Patienten nach einem Suizidversuch notwendig wird.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Erleben der Pflegenden

Im Folgenden werden die Ergebnisse von fünf qualitativen Studien beschrieben, die sich mit dem Erleben der Pflegenden befassen. Auffallend beim Auswerten der Literatur war, dass sich viele Studien mit der Haltung von Pflegenden gegenüber suizidalen Patienten befassen, jedoch nur wenige mit dem Erleben der Pflegenden während der Betreuung dieser Patientengruppe. Dies ist auch der Grund, weshalb die Verfasserin dieser Arbeit eine qualitative Studie in die Ergebnisse einfließen lässt, die nicht ausschliesslich von suizidalem, sondern auch von selbstverletzendem Verhalten handelt.

#### 5.1.1 „Labelled“ und „suffering“ nach Carlén und Bengtsson (2007)

Die Studie von Carlén et al. (2007) konzentriert sich darauf, wie suizidale Patienten von Pflegenden erlebt werden. Aus der Analyse ergeben sich nach Carlén et al. (2007) die Hauptthemen „labelled“<sup>5</sup> und „suffering“<sup>6</sup>. Im Hauptthema „labelled“ geht es darum, dass suizidale Patienten von den Pflegenden verschiedenen Kategorien zugeteilt werden, sozusagen mit einer Etikette versehen werden. Diese Zuteilung kann zum einen nach Diagnosen erfolgen und zum anderen aufgrund des Verhaltens. Tabelle 5 bietet einen Überblick über die verwendeten Kategorien. Das zweite Hauptthema „suffering“ besteht nach Carlén et al. (2007) wiederum aus drei Unterthemen: Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit und Kontrollverlust. Die Hoffnungslosigkeit der Patienten macht es für Pflegende schwer, den Patienten Möglichkeiten aufzuzeigen, wie sich ihr Leben wieder zum Guten wenden kann. Momente, in denen Pflegende das Gefühl haben, ihr Gespräch habe im Patienten etwas bewirkt, können vom Patienten sofort wieder zerstört werden, durch Äusserungen wie „mir kann sowieso nicht mehr geholfen werden“. In den Themen Sinnlosigkeit und Kontrollverlust beschreiben Carlén et al. den Zustand der Patienten, beziehen sich aber nicht auf das Erleben der Pflegenden.

---

<sup>5</sup> „etikettiert“ (Eigene Übersetzung)

<sup>6</sup> „leidend“ (Eigene Übersetzung)



**Tabelle 5 Kategorisierung nach Carlén et al. (2007)**

Kategorie	Patientenbeschreibung und Erleben der Pflegenden
<b>„mask wearers“<sup>7</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wirken offen und sozial</li> <li>• Machen auf die Pflegenden aber den Eindruck, ihre Gefühle zu verstecken</li> <li>• Oft männlich, gut ausgebildet</li> <li>• Haben Mühe einzugestehen, dass es ihnen schlecht geht</li> </ul> <p>Diese Patienten bewirken bei den Pflegenden Unsicherheit, da das Suizidrisiko nicht eingeschätzt werden kann.</p>
<b>„screened-off“-Patienten<sup>8</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ungesellig, sprechen wenig bis gar nichts</li> <li>• Apathisch</li> <li>• Oft männlich, gut ausgebildet</li> </ul> <p>Die Betreuung dieser Patienten ist für Pflegende sehr schwer, da die Patienten jede Form des Kontaktes vermeiden, und es für Pflegende somit unmöglich ist Fürsorge zu zeigen.</p>
<b>„social patient“<sup>9</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozial, extrovertiert</li> <li>• Sowohl Männer als auch Frauen</li> </ul> <p>Die Pflege fällt verhältnismässig leicht, da Pflegende eine Reaktion auf ihre Interventionen erhalten. Das Suizidrisiko lässt sich besser einschätzen.</p>
<b>„relapsing patient“<sup>10</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehospitalisiert aufgrund von erneuten suizidalen Gedanken oder Handlungen</li> <li>• Chronisch suizidal</li> </ul> <p>Diese Patienten erwecken bei den Pflegenden den Eindruck, dass das suizidale Verhalten auf dem Wunsch basiert, in stationärer Behandlung zu bleiben.</p>
<b>„determined Patient“<sup>11</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohes Suizidrisiko</li> <li>• Todeswunsch ist immer präsent</li> </ul> <p>Die Pflegenden sind der Meinung, diese Patienten nicht vom Suizid abhalten zu können.</p>

<sup>7</sup> „Maskenträger“ (Eigene Übersetzung)

<sup>8</sup> „Abgeschirmte Patienten“ (Eigene Übersetzung)

<sup>9</sup> „geselliger Patient“ (Eigene Übersetzung)

<sup>10</sup> Patient, der rückfällig wird (Eigene Übersetzung)

<sup>11</sup> „entschlossener Patient“ (Eigene Übersetzung)

### **5.1.2 Patientenbetreuung auf der Notfallstation nach Hopkins (2002)**

In einer ethnografischen Studie untersucht Hopkins (2002), was es für Notfallpflegende bedeutet, Patienten mit selbstverletzendem Verhalten zu betreuen. Die Grenze zwischen selbstverletzendem und suizidalem Verhalten verläuft in der Untersuchung von Hopkins (2002) fließend, womit in der Studie auch Fälle von suizidalem Verhalten beschrieben werden. Die beiden folgenden Abschnitte legen die Ergebnisse gemäss Hopkins (2002) dar.

Aufgrund des schnellen Wechsels der Patienten auf der Notfallstation, ist der Aufbau einer Pflegebeziehung zum Patienten erschwert und es kann zur Objektivierung und Kategorisierung der Patienten kommen. Patienten mit selbstverletzendem Verhalten werden als Blockaden des Systems betrachtet, da ihre Bedürfnisse komplex sind und sie von einem Psychiater abgeklärt werden müssen. Dies löst bei den Pflegenden Gefühle der Frustration und des Versagens aus. Viele der selbstverletzenden Patienten werden nicht zum ersten Mal hospitalisiert, sondern sind bei den Pflegenden bekannt, was bei diesen zu einer Spannweite von Reaktionen führen kann, von Sympathie bis Frustration. Eine Pflegende beschreibt, wie sie anfangs Sympathie und Verständnis diesen Patienten entgegengebracht hat, wie es ihr aber mit der Zeit verleidete und sie zynisch geworden ist. Von den Pflegenden als besonders herausfordernd empfundene Verhaltensweisen sind das aggressive Verhalten, das Verlangen nach draussen gehen zu dürfen um zu rauchen, sowie auf eine Entlassung zu pochen, obwohl noch keine Visite durch den Psychiater stattgefunden hat. In den beiden letztgenannten Fällen spielt die Zeit eine wichtige Rolle. Pflegende fühlen sich für ihre Patienten verantwortlich und Begleiten einen Patienten daher nach draussen um zu rauchen, oder investieren Zeit in Gespräche um einen Patienten davon zu überzeugen, auf der Station zu bleiben, bis die Visite durch den Psychiater stattgefunden hat. Die Pflegenden befinden sich somit im Dilemma zwischen Verantwortungsbewusstsein und Zeitmangel.

Patienten, die aufgrund von selbstverletzendem Verhalten hospitalisiert werden, haben in den Augen der Pflegenden einen geringeren Anspruch auf Pflege als

andere Patienten, die aus vermeintlich legitimen Gründen hospitalisiert werden. Eine Ausnahme bilden Patienten mit selbstverletzendem Verhalten, die physische Probleme haben oder die in Todesabsicht handelten. Den Pflegenden fehlt das Verständnis für Patienten mit selbstverletzendem Verhalten, sowie die nötigen Fähigkeiten und das Fachwissen. Die Überforderung der Pflegenden führt zu Hilflosigkeit und Abneigung, was zur Folge hat, dass die Pflegenden die Patientengruppe meiden und sie mit ihren Problemen alleine lassen. Das Gefühl der Abneigung, auch wenn nicht ausgesprochen, hat zweifellos einen Einfluss auf die Pflegebeziehung. Darüber hinaus scheinen Pflegende Angst zu haben, mit den Geschichten der Patienten konfrontiert zu werden. Die Spannung zwischen dem Verantwortungsbewusstsein der Pflegenden und ihrer Hilflosigkeit diese Patientengruppe zu pflegen und Kontrolle über sie zu gewinnen, birgt ein Risiko für alle Beteiligten.

### 5.1.3 Distanz und Nähe nach Talseth, Lindseth, Jacobsson und Norberg (1997)

Die Studie von Talseth et al. (1997) untersucht, wie Pflegende die Betreuung von suizidalen Patienten erleben. Eine Pflegefachperson wurde in der Praxis mit einem vollendeten Suizid konfrontiert, während die anderen von Erlebnissen mit Patienten berichteten, die Suizidversuche begangen hatten oder Suizidgedanken äusserten. Aus der Analyse leiten Talseth et al. (1997) die beiden Hauptthemen Distanz und Nähe ab. Tabelle 6 zeigt auf, durch welche Punkte sich eine distanzierte, respektive eine durch Nähe geprägte Haltung auszeichnet.

**Tabelle 6 Distanz und Nähe nach Talseth et al. (1997)**

#### **Distanz**

- Pflegende empfinden zwar Mitleid, können sich aber auf der emotionalen Ebene nicht mit den Patienten identifizieren.
- Pflegende misstrauen den Patienten.
- Sie fühlen sich verantwortlich für die Handlungen des Patienten und somit auch schuldig, wenn der Patient keine Fortschritte macht oder erneut Suizidgedanken äussert.
- Sie haben Schwierigkeiten, mit den Patienten in Kontakt zu treten, und fühlen sich von ihnen zurückgewiesen. Diese Zurückweisung löst Unsicherheit aus und ist verletzend.
- Pflegende weisen Patienten ebenfalls zurück, um nicht mit den Problemen und Ängsten der Patienten konfrontiert zu werden.
- Pflegende fühlen sich inkompetent, hilflos und unfähig, da kein Effekt der Pflege sichtbar wird.

#### **Nähe**

- Pflegende fühlen nicht nur mit dem Patienten mit, sondern können sich mit ihm auf emotionaler Ebene identifizieren.
- Sie vertrauen dem Patienten.
- Sie fühlen sich dafür verantwortlich, dass der Patient die Pflege und seinen Tagesablauf zu einem Teil selbstbestimmen kann.
- Sie werden teilweise von den Patienten zurückgewiesen, erleben diese Zurückweisung allerdings grundsätzlich nicht als schmerzhaft.
- Die Pflegenden hören den Patienten zu, und nehmen dabei eine Konfrontation mit ihren eigenen Gefühlen in Kauf.

#### **5.1.4 Der Kampf mit sich und dem Leidenden nach Gilje, Talseth und Norberg (2005)**

Gilje et al. (2005) sehen den Kampf mit sich und dem Leidenden als Hauptthema ihrer Untersuchung. Im Folgenden wird dies anhand der vier Unterthemen nach Gilje et al. (2005) dargestellt.

**„Discerning self and sufferer“<sup>12</sup>:** Die Pflegenden haben Schwierigkeiten, gesellschaftliche, berufliche und persönliche Anforderungen sowie Grenzen abzuwägen. Sie beschreiben ein Schwanken zwischen sich selber und dem Patienten. So liegt beispielsweise die Verantwortung für Leben und Tod beim Patienten, gleichzeitig aber fühlen sich die Pflegenden in ihrer Berufsrolle für den Patienten verantwortlich. Pflegende können zwar Verantwortung für den Patienten übernehmen, die volle Verantwortung für einen Patienten zu tragen, ist aber nicht zumutbar.

**„Reconciling inner dialogue about suffering“<sup>13</sup>:** Pflegende können sich in den Patienten hineindenken und seine Gefühle verstehen. Gleichzeitig müssen Pflegende die Kontrolle über die Patienten haben, welche ihnen aber kein Sicherheitsgefühl vermittelt. Ebenfalls thematisiert wird das professionelle Werten von Tod und Verzweiflung. Zentral scheint das Verständnis für „giving of self“ zu sein, die Autoren geben allerdings keine Erklärung dazu ab. „Giving of self“ ist ein spiritueller Begriff, welcher nach Annahme der Verfasserin dieser Arbeit eine Form der Aufopferung beschreibt.

**„Opening up envisioning self from sufferer“<sup>14</sup>:** Pflegende anerkennen den Willen eines Patienten zu Leben oder zu Sterben und teilen die existentielle Verzweiflung mit dem Patienten. Gleichzeitig soll die eigene Grenze wahrgenommen werden. Pflegende können den Patienten über eine gewisse Zeit vom Suizid abhalten, den Willen des Patienten können sie aber nicht beeinflussen. Letztendlich ist es der Patient alleine, der entscheidet. Den

---

<sup>12</sup> Sich und den Leidenden wahrnehmen und unterscheiden können. (Eigene Übersetzung)

<sup>13</sup> Das innere Streitgespräch schlichten. (Eigene Übersetzung)

<sup>14</sup> Sich öffnen und den Unterschied zwischen sich selber und dem Leidenden erkennen. (Eigene Übersetzung)

richtigen Moment zu treffen, um die Verantwortung über Leben und Sterben dem Patienten zurückzugeben, braucht viel Erfahrung.

**„Revisioning the meaning of life revealed over time“<sup>15</sup>:** Durch die Pflege von suizidalen Patienten wird die Frage nach dem Sinn des Lebens immer wieder neu gestellt. Im folgenden Zitat kommt dies gut zum Ausdruck.

„I feel it's very heavy each time I meet a suicidal patient because I myself have to go through my own desire to live or not to live...we never do this once and for all. My own attitude about life is activated every time I meet a suicidal patient.“<sup>16</sup>  
(Gilje et al., 2005, S. 522)

Ausserdem kommt in diesem Thema das Bedürfnis der Pflegenden zum Ausdruck, durch Gutes die innere Hoffnungslosigkeit der Patienten zu überwinden.

#### **5.1.5 Erschwerende Faktoren nach Valente und Saunders (2004)**

Valente et al. (2004) untersuchen erschwerende Faktoren in der Betreuung von suizidalen Patienten bei Onkologiepflegenden\*. Sie konnten fünf Kategorien ausarbeiten, die in der Pflege von suizidalen Patienten als herausfordernd erlebt wurden. Im Folgenden werden die fünf Kategorien gemäss Valente et al. (2004) dargestellt.

**Wertvorstellungen:** Die Wertvorstellungen der Pflegenden erschweren die Pflege, obschon dies teilweise im Unterbewusstsein geschieht und die Pflegenden eigentlich nicht wertend sein möchten. Die Wertvorstellungen drehen sich um das Recht des Patienten, Suizid zu begehen. So kann Suizid als falsch, als moralische Sünde oder als feige bewertet werden. Eine Pflegende weist darauf hin, dass sie als Folge davon nicht mit dem Patienten über den Suizidversuch sprechen kann. Das Thema Suizid ist ein Tabu, sowohl in der Gesellschaft als auch in der Religion.

---

<sup>15</sup> Den Sinn des Lebens überdenken (Eigene Übersetzung)

<sup>16</sup> „Ich empfinde es als sehr schwer, mit einem suizidalen Patienten konfrontiert zu sein, denn ich selber mache mir dadurch Gedanken bezüglich meines Wunsches zu leben oder nicht...diese Entscheidung trifft man nicht endgültig. Die eigene Haltung gegenüber dem Leben wird immer wieder aktiviert, wenn ich einen suizidalen Patienten treffe.“ (Eigene Übersetzung)

**Gefühle des Unbehagens:** Die Pflegenden beschreiben unangenehme emotionale Reaktionen verschiedenster Intensität, die Schwierigkeiten verursachen. Pflegende fühlen sich unwohl mit dem Thema Suizid konfrontiert zu sein und die Patienten leiden zu sehen, aber auch mit ihrer Rolle und Verantwortung. Ebenfalls präsent ist die Angst, sowohl davor einem Patienten eine inadäquate Antwort zu geben als auch vor der Hilflosigkeit und dem Suizid des Patienten, der von den Pflegenden als persönlicher Misserfolg gesehen wird.

**Inadäquates Wissen:** Pflegende zeigen ihre mangelnde Berufserfahrung, mangelnde Fähigkeiten und mangelndes Fachwissen bezüglich der Pflege von suizidalen Patienten auf. Sie wissen nicht, was sie einem Patienten antworten sollen, und möchten es vermeiden, eine falsche Antwort zu geben.

**Persönliche Erfahrungen:** Auch die persönlichen Erfahrungen mit Suizid, beispielsweise dem Suizid eines Familienmitgliedes, können den Umgang mit suizidalen Patienten aufgrund von eigenen ungelösten Problemen erschweren.

**Die Bedeutung der Berufsrolle:** Pflegende beschreiben das Bedürfnis, alle Probleme des Patienten lösen zu können. Zudem werden auch Bedenken über ihre professionelle Rolle und über ihre Verpflichtungen geäußert, wenn einer ihrer Patienten Suizid begeht.

„If the patient commits suicide, did I do enough? What about my license?“<sup>17</sup>  
(Valente et. al, 2004, S. 643)

### **Keine Schwierigkeiten**

14% der 454 von Valente et al. (2004) befragten Pflegenden geben an, keine Schwierigkeiten in der Pflege von suizidalen Patienten zu haben. Diese Probanden verfügen über Erfahrung in Psychiatriepflege, sind geübt im Erkennen von Risikofaktoren, haben Verständnis für das Leid des Patienten und fühlen sich sicher in ihren Interventionen.

---

<sup>17</sup> „Wenn ein Patient Suizid begeht, habe ich genug getan? Was wird mit meiner Zulassung passieren?“ (Eigene Übersetzung)

## **5.2 Haltung der Pflegenden**

Eine grosse Zahl von Studien untersucht die Haltung von Pflegenden gegenüber suizidalen Patienten oder Patienten mit selbstverletzendem Verhalten, allerdings nur wenige die Haltung gegenüber Patienten nach einem Suizidversuch. Die Studie von Anderson (1997) wurde von der Verfasserin dieser Arbeit ausgewählt, obwohl sie sich auf suizidales Verhalten und nicht explizit auf den Suizidversuch bezieht. Dies aus dem Grund, da Anderson (1997) Psychiatriepflegende mit Notfallpflegenden vergleicht, und dieser Vergleich wichtig für den Wissenstransfer in der vorliegenden Arbeit ist. Anderson (1997), Mc Laughlin (1994) und Suokas, Suominen und Lönnqvist (2009) können bei ihren Probanden eine eher positive und eher empathische Haltung gegenüber suizidalen Patienten nachweisen. Samuelsson et al. (1997) sehen die Haltung als zentrales Element in der Pflege von suizidalen Patienten und machen deutlich, dass eine negative Haltung den Enthusiasmus verringern kann, mit dem die Pflegenden ihre Patienten betreuen. Alle ausgewählten Studien untersuchen den Einfluss von demografischen Merkmalen auf die Haltung der Pflegenden, welche in den folgenden Abschnitten aufgezeigt werden.

### **Einfluss von Alter, Berufserfahrung und Erfahrung in der Pflege von suizidalen Patienten**

Anderson (1997), der in seiner Studie die Haltung von Notfallpflegenden und Psychiatriepflegenden vergleicht, stellt fest, dass unter den Psychiatriepflegenden Pflegende mit 1 bis 5 Jahren Berufserfahrung eine statistisch signifikant positivere Haltung haben als Pflegende mit 10 bis 15 Jahren Berufserfahrung. In der Gruppe der Notfallpflegenden kann kein solcher Unterschied festgestellt werden. Auch bezüglich Alter und Haltung kann Anderson (1997) in der Gruppe der Psychiatriepflegenden signifikante Unterschiede erkennen. Ältere Pflegende haben negativere Haltungen als jüngere Pflegende. Dieses Resultat korrespondiert mit dem der Erfahrung. Die Studien von Mc Laughlin (1994) und Samuelsson, Sunbring, Winell und Asberg (1997) kommen zu gegensätzlichen Resultaten. Mc Laughlin (1994) wie auch



Samuelsson et al. (1997) zeigen, dass die Haltung mit zunehmendem Alter und zunehmender Berufserfahrung positiver wird. Ebenso weisen Pflegende, die häufiger Patienten nach einem Suizidversuch betreuen gemäss Mc Laughlin (1994) und Samuelsson et al. (1997) eine positivere Haltung auf. Die Studie von Suokas et al. (2009) widerlegt sowohl die Resultate von Anderson (1997) als auch von Mc Laughlin (1994) und Samuelsson et al. (1997). Gemäss Suokas et al. (2009) haben weder Alter, Berufserfahrung, noch die konkrete Erfahrung in der Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch einen statistisch relevanten Einfluss auf die Haltung.

### **Einfluss des Geschlechts**

Sowohl Samuelsson et al. (1997) als auch Suokas et al. (2009) können keinen statistisch signifikanten Unterschied in der Haltung zwischen weiblichem und männlichem Personal feststellen. Anderson (1997) und Mc Laughlin (1994) machen diesbezüglich keine Aussage.

### **Einfluss der Professionen und Disziplinen**

Betreffend der Haltungen von Ärzten und Pflegenden, die auf der Notfallstation tätig sind, können keine signifikanten Unterschiede erkannt werden (Suokas et al., 2009). Anderson (1997), der zwei verschiedene Disziplinen der Pflege miteinander vergleicht, kann ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen Psychiatriepflegenden und Notfallpflegenden erkennen. Gemäss Samuelsson et al. (1997) hingegen haben Psychiatriepflegende eine signifikant positivere Haltung als Allgemeinpflegende. Dies verdeutlicht sich bei der Untersuchung von Fallbeispielen, die von den Pflegenden bewertet wurden. Psychiatriepflegende weisen mehr Verständnis und eine höhere Pflegebereitschaft auf als Allgemeinpflegende (Samuelsson et al., 1997). Dieser Unterschied zeigt sich nach Samuelsson et al. (1997) auch in der Einschätzung der Pflegequalität und des Lernbedarfs: Von den Psychiatriepflegenden schätzen 58% die Pflegequalität als gut ein, während es bei den Allgemeinpflegenden lediglich 30% sind. Gemäss Samuelsson et al. (1997)

wünscht sich ein Drittel der Psychiatriepflegenden Schulung bezüglich Suizidalität, bei den Pflegenden des Akutspitals sind es zwei Drittel.

### **Einfluss der Krankengeschichte des Patienten auf die Haltung der Pflegenden**

Mc Laughlin (1994) untersucht die Dringlichkeit der Behandlung bei vier unterschiedlichen Patienten. Dabei stellt sie fest, dass Patienten mit „somatischen“ Beschwerden als dringlicher eingestuft werden, als Patienten, die nach einem Suizidversuch eingeliefert werden. Das Resultat erzeugt allerdings keine statistische Signifikanz. Die Pflegenden in Andersons Studie (1997) akzeptieren suizidales Verhalten, wenn es als Reaktion auf eine unheilbare Krankheit erfolgt. Nach Samuelsson et al. (1997) scheint das Recht der Patienten auf Suizid von der individuellen Lebenssituation des Patienten abzuhängen. Mc Laughlin (1994, S. 1115) befragte die Pflegenden, wer von Berufskollegen bereits die Aussage „Why does he never do it right and save us a lot of trouble“<sup>18</sup> gehört hat, nachdem ein Patient aufgrund eines Suizidversuches eingeliefert wurde, der schon mehrmals deswegen behandelt wurde. Die Prozentraten beliefen sich je nach Alter und Erfahrung der Pflegenden zwischen 68% und 89%.

---

<sup>18</sup> „Wieso tut er es nie richtig und erspart uns somit eine Menge Ärger.“ (Eigene Übersetzung)

### **5.3 Bedürfnisse der Pflegenden**

#### **Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit**

Gemäss Talseth et al. (1997) benötigen die Pflegenden in der Ausbildung Unterstützung, sich mit ihren eigenen Wünschen, Bedürfnissen und Frustrationen auseinanderzusetzen. Pflegende, die mit dem Suizid eines Familienmitgliedes konfrontiert wurden und darum unter ungelösten Problemen leiden, wünschen sich eine Beratung, um diesen Verlust verarbeiten zu können (Valente et al., 2004). Pflegende, die im Konflikt stehen zwischen den Rechten des Patienten und ihren Verpflichtungen, einen Suizid zu verhindern, können von einer Beratung und Analyse von ethischen Dilemmata profitieren (Valente et al., 2004).

#### **Schulung**

Gemäss Hopkins (2002) sollen Pflegende, die regelmässig Patienten mit selbstverletzendem Verhalten betreuen, ihr Fachwissen erweitern und sicherer werden durch interdisziplinäre Schulungen und Foren. Carlén et al. (2007) empfehlen ebenfalls Schulungen sowie die Einführung von Interventionen, die Pflegende dabei unterstützen, ihre Arbeit zu reflektieren und zu überprüfen. Gemäss Keogh, Doyle und Morrissey (2007), welche 42 Notfallpflegende zu deren Bedürfnissen in der Pflege von suizidalen Patienten befragten, wünschen sich die Pflegenden Fachwissen bezüglich psychischer Krankheiten und weshalb Patienten suizidal werden. Dies soll zu einem besseren Verständnis für suizidale Patienten führen und die Basis für Pflegeinterventionen schaffen (Keogh et al., 2007). Darüber hinaus soll die Schulung das Erkennen von suizidalem Verhalten thematisieren und die Gewährleistung einer sicheren Umgebung (Keogh et al., 2007). Bezüglich des Assessments geben die Probanden in der Untersuchung von Keogh et al. (2007) an, Warnzeichen der Suizidalität nicht identifizieren zu können, nicht über ausreichende kommunikative Fähigkeiten zu verfügen, sowie Patienten mit verbal oder physisch aggressivem Verhalten nicht managen zu können. Dementsprechend soll das Durchführen eines Assessments ebenfalls Teil des

Schulungsprogrammes sein (Keogh et al., 1997). Die Schulungsprogramme sollen nicht nur auf die Betreuung des Patienten, sondern auch auf die Betreuung von Angehörigen und Familien eingehen (Keogh et al., 2007). Von den Pflegenden werden kommunikative Fähigkeiten, Empathie und eine nicht wertende Einstellung als elementar für eine erfolgreiche Pflege erwähnt, sie sind allerdings der Meinung, nicht über diese Fähigkeiten zu verfügen (Keogh et al., 2007). Valente et al. (2004) betonen die Wichtigkeit von Schulung bezüglich Prävention, Evaluation und Management von Suizidalität. Ebenso bedarf es Schulung und Beratung, um die eigene Wertvorstellung, Überzeugung und Haltung gegenüber Suizid zu überdenken und deren Einfluss auf die Betreuung der Patienten zu erkennen (Valente et al., 2004).

### **Begleitung**

Berater wie Psychiatriepflegende und andere Experten der psychischen Gesundheit können Pflegende begleiten und sie unterstützen, ihre Fähigkeiten in der Pflege von suizidalen Patienten zu verbessern (Valente et al., 2004). Hopkins (2002) erachtet die vermehrte Zusammenarbeit von Notfallpflegenden mit Psychiatriepflegenden als notwendig, um eine übergangslose Betreuung leisten zu können. Ausserdem zieht sie eine Anstellung von Psychiatriepflegenden in Betracht, die direkt auf der Notfallstation oder in einer benachbarten Station tätig sein könnten. Dies würde den Patienten nicht nur Sicherheit vermitteln, sondern kann Patienten, die rückfällig werden und wiederholt hospitalisiert werden, Kontinuität gewähren (Hopkins, 2002).

### **Zeit**

Ein wichtiges Bedürfnis der Pflegenden ist es, Zeit mit den Patienten zu verbringen, dies ist aufgrund der hohen Arbeitsbelastung allerdings selten möglich (Hopkins, 2002).

### **Institution**

Die Leitung wie auch Ausbilder sollen Möglichkeiten prüfen, um Schulung, psychologische Beratung und Unterstützung anzubieten, damit die Pflegenden

Herausforderungen in der Pflege von suizidalen Patienten überwinden können (Valente et al., 2004). Weiter ist wichtig, die Rolle dieser Pflegenden anzuerkennen und zu belohnen (Hopkins, 2002).

### **5.3.1 Evidenz von Interventionen**

Nur wenige der von den Pflegenden genannten Massnahmen, die nötig sind, um suizidale Patienten kompetent zu unterstützen, sind erforscht.

#### **Evidenz von Schulungsprogrammen**

Samuelsson und Asberg (2002) untersuchen mit einer quantitativen Studie die Kurzzeiteffekte einer Schulung. Die Probanden weisen unmittelbar nach dem Trainingsprogramm einen signifikant tieferen USP-Score aus als vorher. Dies bedeutet gemäss Samuelsson et al. (2002), dass sie Patienten, die einen Suizidversuch begangen haben, mit mehr Empathie begegnen. Allerdings sind die Langzeiteffekte dieser Schulung nicht klar. Vor dem Trainingsprogramm wünschten sich 77% der Probanden mehr Schulung, nach dem 36-stündigen Trainingsprogramm sind es noch 55% der Probanden. Gemäss Samuelsson et al. (2002) könnte die Kombination von Schulung, Supervision\* und Mentoring\* geeignet sein, um das Verhalten von Pflegenden gegenüber Patienten nach einem Suizidversuch zu verbessern. Pflegende empfinden es nach der Schulung als wichtiger, dass die Patienten psychiatrische Betreuung erhalten. Bildung scheint das Verständnis der Pflegenden zu verbessern und deren Wille zu erhöhen, diese Patientengruppe zu pflegen (Samuelsson et al., 2002).

Jacobson, Osteen, Jones und Berman (2012) untersuchen in ihrer Studie ebenfalls die Effizienz eines Schulungsprogrammes. Im Unterschied zur Studie von Samuelsson et al. (2002) werden allerdings die Kurz- und Langzeiteffekte untersucht. Sie untersuchen 452 Probanden, bestehend aus Pflegenden und anderen Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens. Beim Trainingsprogramm handelt es sich um das sogenannte „Recognizing and Responding to Suicide Risk“<sup>19</sup>-Training, kurz RRSR. Die Studie zeigt, dass das RRSR-Training positive Auswirkungen hat auf die Haltung gegenüber

---

<sup>19</sup> Suizidrisiko erkennen und darauf reagieren (Eigene Übersetzung)

Suizidprävention, die Sicherheit in der Betreuung der Patienten sowie in der praktischen Tätigkeit. Die positiven Auswirkungen sind nachhaltig, die Autoren können in der Folge-Messung nach vier Monaten zeigen, dass die Haltung noch positiver wurde.

### **Auswirkungen eines psychiatrischen Betreuungsteams auf die Pflege**

Suokas et al. (2009) untersuchen die Auswirkungen von einem psychiatrischen Betreuungsteam für Patienten nach einem Suizidversuch auf das Personal einer Notfallstation. Es erfolgt eine Messung unmittelbar vor der Einführung des Betreuungsteams und eine nach fast einjähriger Tätigkeit des Teams. Es kann kein signifikanter Unterschied zwischen der Haltung des Personals vor und nach der Einführung des psychiatrischen Betreuungsteams erkannt werden. Obwohl das Personal es als wichtig erachtet, dass Patienten, die einen Suizidversuch begangen haben, psychiatrisch betreut werden, ändert die Einführung des psychiatrischen Betreuungsteams nichts an ihrer Haltung.

## **6 Diskussion**

Um einen Wissenstransfer zu ermöglichen, erfolgt zuerst eine Prüfung der Übertragbarkeit der zuvor präsentierten Resultate. Danach erfolgt die diskursive Gegenüberstellung der Ergebnisse.

### **6.1 Übertragbarkeit**

#### **6.1.1 Übertragbarkeit der Resultate aus dem Pflegefeld der Psychiatrie auf die akutsomatische Pflege**

Ein Grossteil der Ergebnisstudien stammt aus dem Pflegefeld der Psychiatrie. Um diese Studienresultate zur Beantwortung der vorliegenden Fragestellung nutzbar zu machen, muss ein Vergleich der beiden Disziplinen erfolgen. Nach Samuelsson et al. (1997) haben Psychiatriepflegende eine positivere Haltung gegenüber Patienten nach einem Suizidversuch als Allgemeinpflegende. Der Unterschied wird auch in Bezug auf das Schulungsbedürfnis deutlich. Das Schulungsbedürfnis ist bei Pflegenden des Akutspitals grösser als bei Psychiatriepflegenden, was Samuelsson et al. (1997) vermuten lässt, dass eine weniger positive Haltung durch einen Mangel an Fachwissen und durch Unsicherheit bedingt sein könnte. Samuelsson et al. (1997) betonen, dass die Behandlung eines Patienten nach Suizidversuch im Akutspital anders ist als die Behandlung in der Psychiatrie. Allgemeinpflegende tendieren dazu, die physischen Probleme des Patienten zu fokussieren, und sind dazu auch besser ausgebildet (Keogh et al., 2007). Hopkins (2002) macht deutlich, dass die Pflege von suizidalen Patienten mehr mit den Erwartungen an eine Psychiatriepflegende im Einklang steht als mit denen an eine Allgemeinpflegende. Hopkins (2002) meint, dass sich Allgemeinpflegende für diese Aufgabe nicht genügend ausgebildet und betreut fühlen. Auch der Zeitfaktor und der Personalschlüssel\* können gemäss der Verfasserin dieser Arbeit einen Unterschied zwischen den beiden Disziplinen ausmachen. Anderson (1997) hingegen, findet keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Psychiatriepflegenden und Notfallpflegenden, was für eine

Übertragbarkeit spricht. Die Verfasserin dieser Arbeit geht davon aus, dass die Studienresultate, die Psychiatriepflegende betreffen, auf die Allgemeinpflegenden übertragen werden können. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass Allgemeinpflegende die Schwierigkeiten, denen Psychiatriepflegende ausgesetzt sind, noch verstärkt erleben.

### **6.1.2 Übertragbarkeit der Resultate von Studien, welche sich nicht explizit mit der Profession der Pflegenden befassen**

Suokas et al. (2009) untersuchen neben Pflegenden Ärzte und Jacobson et al. (2012) untersuchen neben den Pflegenden sechs weitere Berufsgruppen. Gemäss den Resultaten von Suokas et al. (2009) welche in der Haltung von Ärzten und Pflegenden keinen Unterschied feststellen, geht die Verfasserin dieser Arbeit von einer Übertragbarkeit der Resultate auf die Forschungsfrage aus.

### **6.1.3 Übertragbarkeit der Resultate von Studien, welche sich nicht explizit mit der Thematik Suizidversuch befassen**

Die Studien von Mc Laughlin (1994), Samuelsson et al. (1997), Samuelsson et al. (2002) und Suokas et al. (2009) befassen sich mit der Pflege von Patienten nach einem Suizidversuch. Hopkins (2002) Studie befasst sich mit selbstverletzendem Verhalten und die restlichen Studien mit der Pflege von suizidalen Patienten. Somit stellt sich die Frage, ob die Resultate aus Studien, die sich nicht explizit mit der Thematik des Suizidversuches befassen, überhaupt verwendet werden können. Gemäss Guptill (2011) befinden sich Patienten nach einem Suizidversuch in einer psychisch instabilen Phase, wodurch das Suizidrisiko erhöht bleibt. Dies wiederum hiesse, dass Studienresultate, die sich mit der Pflege von Patienten mit suizidalem Verhalten befassen, auf die Patientengruppe dieser Arbeit angewendet werden können. Die Studienergebnisse von Talseth et al. (1997), die sich mit dem Erleben von Pflegenden befassen, die entweder einen vollendeten Suizid, einen Suizidversuch oder suizidale Äusserungen ihrer Patienten erlebt haben, zeigen, dass das Erleben der Pflegenden unabhängig ist vom Vorfall. Dies würde



wiederum nahelegen, dass die Resultate auf die Fragestellung dieser Arbeit übertragbar sind. Bezüglich selbstverletzenden Verhaltens ist die Verfasserin dieser Arbeit der Meinung, dass Studien, welche dieses Phänomen untersuchen, aufgrund der unterschiedlichen Intention nicht zur Beantwortung der Forschungsfrage hinzugezogen werden sollen. Hopkins Studie (2002) stellt eine Ausnahme dar, da sie in ihrer Untersuchung keine klare Trennung von selbstverletzendem Verhalten und Suizidversuch vornimmt und auf beide Phänomene eingeht.

## **6.2 Zusammenhang zwischen Haltung und Erleben der Pflegenden**

Die Auseinandersetzung mit dem Erleben der Pflegenden wirft die Frage auf, ob die Haltung ein Teil des Erlebens und somit Thema dieser Arbeit ist. Die Verfasserin dieser Arbeit kommt diesbezüglich zum Schluss, dass sich die Haltung und das Erleben gegenseitig beeinflussen und eng miteinander verknüpft sind, wodurch die Haltung aus der vorliegenden Arbeit nicht auszuschliessen ist. Überlegungen, die die Wechselwirkungen der Haltung und des Erlebens thematisieren, werden von der Verfasserin dieser Arbeit im Anhang C vertieft dargestellt.

## **6.3 Erleben**

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein Grossteil der Pflegenden die Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch als schwierig und herausfordernd erlebt. Die Studien von Carlén et al. (2007), Hopkins (2002) als auch von Talseth et al. (1997) haben das Thema der Distanzierung gemein. Diese Forschungsergebnisse korrelieren somit mit der Theorie von Seizer (2008, zit. nach Mühlherr, 2013), die besagt, dass die Betreuung von suizidalen Patienten bei den Pflegenden oftmals eine Distanzierung bewirkt. Die Distanzierung kommt in den drei Studien unterschiedlich zum Ausdruck. Nach Carlén et al. (2007) ist das Zuteilen der Patienten durch die Pflegenden in Kategorien eine Form der emotionalen Distanzierung. Diese Form der Distanzierung kommt auch in Hopkins (2002) Studie vor, in Folge von

Hilflosigkeit und Abneigung der Pflegenden. Carlén et al. (2007) sehen die Distanzierung als Mittel der Pflegenden, um schmerzhaftes Emotionen zu neutralisieren, die in Folge der Betreuung von Patienten mit suizidalem Verhalten entstehen. Talseth et al. (1997) beleuchten in ihrer Studie die Auswirkungen einer distanzierten Haltung auf die Pflegebeziehung. Die Distanz bewirkt, dass sich die Pflegenden auf emotionaler Ebene nicht mit ihren Patienten identifizieren können. Ausserdem fehlt es an Vertrauen auf beiden Seiten, wodurch es zu gegenseitiger Ablehnung kommt. Da ihre Pflege beim Patienten nicht den gewünschten Effekt erzielen kann, fühlen sich die Pflegenden inkompetent (Talseth et al., 1997). Aus den erwähnten Studien kann abgeleitet werden, dass die Distanzierung für Pflegende eine Art Schutzmechanismus darstellt, welcher sich aber negativ auf die Pflegebeziehung auswirkt. Gilje et al. (2005), Hopkins (2002) und Valente et al. (2004) thematisieren das Verantwortungsbewusstsein der Pflegenden. Hopkins (2002) erkennt ein Dilemma zwischen dem Verantwortungsbewusstsein der Pflegenden und der ihnen zur Verfügung stehenden Zeit. Gilje et al. (2005) sehen das Dilemma zwischen dem Verantwortungsbewusstsein der Pflegenden für die Patienten und dem Recht des Patienten, über sein Leben selbst zu bestimmen. Valente et al. (2004) sehen einen Konflikt zwischen dem Anspruch der Pflegenden, alle Probleme des Patienten lösen zu wollen, und dem Suizid des Patienten. Auch diese Situation kann dem Thema des Verantwortungsbewusstseins zugeordnet werden, da ein Suizid des Patienten für die Pflegenden bedeuten kann, zu wenig Verantwortung übernommen zu haben. Infolge von mangelndem Fachwissen fühlen sich Pflegende in der Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch oft unsicher und hilflos (Hopkins, 2002; Valente et al., 2004). Daneben können auch persönliche Erfahrungen mit dem Thema Suizid erschwerend sein (Valente et al., 2004). Ebenfalls erschwerend wirken können die Wertvorstellungen der Pflegenden, die Spiritualität und der Glaube, was sich aus den Ergebnissen von Valente et al. (2004) ableiten lässt.

## 6.4 Haltung

Die Haltung ist sehr komplex und somit schwer messbar. Sämtliche Ergebnisstudien, messen die Haltung mittels Fragebogen. Diese Methode hat den Vorteil, dass der Zeitaufwand gering gehalten werden kann, birgt aber den Nachteil, die Haltung im Gegensatz zu Beobachtungen oder Interviews ungenügend und unvollständig zu erfassen. Gemäss Suokas et al. (2009) reflektieren die Fragebogen nur bewusste Gefühle der Pflegenden, nicht aber die unbewussten. Während Anderson (1997), Jacobson et al. (2012) sowie Suokas et al. (2009) nur ein Instrument zur Datenerhebung benutzen, kombinieren Mc Laughlin (1994), Samuelsson et al. (1997) und Samuelsson et al. (2002) mehrere Instrumente zur Datenerhebung. Anderson (1997) sowie Mc Laughlin (1994) und die Interventionsstudien von Jacobson et al. (2012) und Suokas et al. (2009) legen dar, dass die Haltung von Pflegenden grundsätzlich positiv ist. Die beiden Studien von Samuelsson et al. (1997; 2002) treffen diesbezüglich keine Aussage. Im Fall von Hopkins Studie erkennt die Verfasserin dieser Arbeit einen Widerspruch zwischen der Aussage, dass die Haltung der Pflegenden grundsätzlich eher positiv ist, und der Tatsache, dass die Mehrheit der Pflegenden bejaht von Berufskollegen bereits die Aussage „Why does he never do it right and save us a lot of trouble“ gehört zu haben, was mit einer negativen Haltung einhergehen müsste. Die Faktoren betreffend, welche die Haltung der Pflegenden beeinflussen können, kommen die Autoren zu gegensätzlichen Ergebnissen. Mc Laughlin (1994) und Samuelsson et al. (1997) weisen nach, dass die Haltung der Pflegenden mit zunehmendem Alter, Berufserfahrung und Erfahrung in der Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch positiver wird. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen von Gilje et al. (2005), die besagen, dass die Lebenserfahrung den Einblick in das Befinden eines Menschen vereinfachen kann. Erfahrungen mit suizidalen Patienten geben den Pflegenden ein Basiswissen, um das Leiden von weiteren aufgrund von Suizidalität hospitalisierten Patienten zu verstehen (Gilje et al., 2005). Nach Anderson (1997) hingegen verschlechtert sich die Haltung der Pflegenden gegenüber suizidalen Patienten mit steigendem Alter, zunehmender Berufserfahrung sowie zunehmender Erfahrung, in der Betreuung von Patienten

nach einem Suizidversuch. Diese Resultate können in Bezug gesetzt werden zu den Resultaten von Hopkins (2002). Hopkins beschreibt, wie Patienten mit selbstverletzendem Verhalten oder nach einem Suizidversuch aufgrund ihrer komplexen Bedürfnisse das System der Notfallstation blockieren. Dies mag für die Pflegenden, je öfter sie solche Situationen erleben, frustrierender werden. Darüber hinaus beobachtete Hopkins (2002), wie Pflegende, die Patienten immer wieder betreuen, zynisch werden und ihre anfängliche Empathie diesen Patienten gegenüber der Frustration weicht. Die Verfasserin dieser Arbeit vermutet, dass Pflegende nicht nur zynisch werden, wenn sie mehrmals dieselben, sondern auch unterschiedliche Patienten pflegen. Die Resultate von Suokas et al. (2009) widersprechen sowohl denen von Anderson (1997) als auch denen von Mc Laughlin (1994) und Samuelsson et al. (1997). Sie besagen, dass weder Geschlecht, Alter, Profession, Berufserfahrung noch der Erfahrungswert in der Pflege von suizidalen Patienten die Haltung statistisch signifikant beeinflusst. Die Haltung ist eng gekoppelt mit der Frage nach dem Recht auf Suizid (Anderson, 1997). Dieser Aspekt wird von der Verfasserin dieser Arbeit im Anhang D aufgegriffen.

## **6.5 Bedürfnisse**

In der Studie von Keogh et al. (2007), werden Pflegende nach ihren Bedürfnissen bei der Pflege von suizidalen Patienten gefragt. Als Limitation dieser Studie muss die kleine Probandenzahl (N=42) und die strukturelle Einfachheit gesehen werden. Samuelsson et al. (1997) fragten die Pflegenden, ob bei ihnen das Bedürfnis für Schulung bezüglich Suizidalität besteht. Die anderen Ergebnisse stammen nicht aus der direkten Befragung der Pflegenden, sondern wurden von den Forschern aus dem Erleben und den Herausforderungen abgeleitet. Die Verfasserin dieser Arbeit erachtet aber auch diese Angaben als relevant. Weitaus am meisten genannt wird das Bedürfnis nach Schulung. Vereinfacht gesagt, lässt sich das Schulungsbedürfnis der Pflegenden in zwei Bereiche unterteilen: In einen fachlichen Bereich und in einen persönlichen Bereich. Im fachlichen Bereich wird Fachwissen zum Thema Suizidalität, zum Assessment, zum Erkennen von Risikofaktoren und zum

Umgang mit dieser Patientengruppe vermittelt (Keogh et al., 2007; Valente et al., 2004). Im persönlichen Bereich geht es um die Verbesserung von kommunikativen Fähigkeiten, Empathie sowie darum, eine nicht-wertende Haltung zu entwickeln (Keogh et al., 2007). Ausserdem sollen sich die Pflegenden mittels Schulung ihrer eigenen Werte, Überzeugungen und Haltungen gegenüber Suizid bewusst werden und deren Auswirkungen auf die Pflege kennen (Valente et al., 2004). Gemäss Valente et al. (2004) könnten Pflegende von einer Schulung bezüglich Ethik profitieren. Ebenfalls thematisiert werden soll die Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen, Bedürfnissen und Frustrationen, die durch die Pflege von Patienten nach einem Suizidversuch hervorgerufen wird (Talseth et al., 1997). Eine Studie von Chan, Chien und Tso (2009), die den Effekt eines Schulungsprogrammes misst, macht deutlich, dass trotz Schulung der Pflegenden Hindernisse bestehen können, welche die Pflegenden davon abhalten, eine optimale Pflege zu leisten. Dies sind in der genannten Untersuchung die mangelnde Unterstützung durch Vorgesetzte, Mangel an klinischen Richtlinien sowie Zeitmangel (Chan et al., 2009). Eine Institution soll somit nicht nur Schulungen anbieten, sondern auch gute Rahmenbedingungen für die Pflegenden schaffen. Zu erwähnen ist diesbezüglich die Empfehlung von Samuelsson et al. (2002), die Schulung in Kombination mit Supervision und Mentoring durchzuführen.

### **6.5.1 Schulung**

Beide Schulungsprogramme, sowohl von Jacobson et al. (2012), als auch von Samuelsson et al. (2002) führen zu einer statistisch signifikant positiveren Haltung der Probanden. Dieses Resultat wird jedoch abgeschwächt durch Limitationen, welche die Studien aufweisen. Beide Studien arbeiten ohne Kontrollgruppe. Weiter finden keine Beobachtungen im Berufsalltag statt, daher ist es problematisch, die Resultate direkt auf die Praxis zu übertragen. Die Studie von Jacobson et al. (2012) weist Mängel in der Beschreibung der Probanden auf, während die Studie von Samuelsson et al. (2002) eine zu kleine Probandenzahl untersucht. Im Übrigen ist fraglich, ob die Veränderungen der Haltung wirklich real sind und nicht aufgrund einer Erwartungshaltung der

Pflegenden entstanden sind (Samuelsson et al., 2002). Zudem muss geklärt werden, ob diese Programme in der Praxis umsetzbar sind, da sie mit einem hohen Zeitaufwand verbunden sind. Trotz der umfassenden Schulung von Samuelsson et al. (2002) geben am Ende des Trainingsprogrammes 55% der Pflegenden einen Bedarf für weitere Schulungen an. Dieses Resultat wirft die Frage auf, ob die Schulung verändert werden müsste. Samuelsson et al. (2002) erklären, dass die Schulung das Bewusstsein der Pflegenden für Suizid gestärkt hat, wodurch die Pflegenden nach noch mehr Informationen verlangen.

### **6.5.2 Psychiatrisches Betreuungsteam**

Die Anstellung eines psychiatrischen Betreuungsteams auf einer Notfallstation hat gemäss den Untersuchungen von Suokas et al. (2009) keine statistisch signifikanten Auswirkungen auf die Haltung der Pflegenden gegenüber Patienten nach einem Suizidversuch. Auch dieses Resultat ist aufgrund der kleinen Probandenzahl und einer tiefen Rücklaufquote zum Zeitpunkt der zweiten Messung mit Vorsicht zu geniessen. Suokas et al. (2009) gingen davon aus, dass die Anwesenheit eines psychiatrischen Teams die Haltung des Notfallteams verbessern würde, da die Pflegenden die Möglichkeit haben, einen Teil ihrer Arbeit und Verantwortung den psychiatrischen Mitarbeitern abzugeben. Am Ende der Untersuchung erklären sich die Autoren die ausbleibende Veränderung damit, dass die Haltung gegenüber einem Patienten sehr komplex ist und es schwer ist, die Haltung mit einfachen Methoden, wie dem Einsatz eines psychiatrischen Betreuungsteams, zu verbessern (Suokas et al., 2009). Die Verfasserin dieser Arbeit sieht einen weiteren Erklärungsansatz darin, dass die Abgabe von Verantwortung von der Notwendigkeit entledigt, etwas an der Haltung zu ändern, da keine Auseinandersetzung mehr stattfinden muss. Valente et al. (2004) sehen die Zusammenarbeit von Psychiatriepflegenden mit Allgemeinpflegenden als Mittel, um die Pflege der Patienten zu verbessern. Im Falle der Untersuchung von Suokas et al. (2009) kann aber in diesem Sinn nicht von einer Zusammenarbeit im Rahmen einer Begleitung die Rede sein, sondern mehr von einer Entlastung für die

Notfallpflegenden. Hopkins (2002) empfiehlt ebenfalls die Einstellung von Psychiatriepflegenden auf Notfallstationen.

## **6.6 Theorie-Praxis-Transfer**

Bei der Betrachtung von Pflegelehrbüchern, sowohl der Allgemeinpflege als auch der Psychiatriepflege fällt auf, dass diese Bücher zwar den Suizid und Suizidversuch thematisieren, aber nicht auf die Herausforderungen der Pflegenden eingehen. Diese persönliche Erfahrung der Verfasserin dieser Arbeit deckt sich mit der Aussage von Gilje et al. (2005), die verdeutlicht, dass Pflegende die Betreuung von suizidalen Patienten als schwierig erleben, dies aber in der Pflegeliteratur nicht beschrieben wird. Gilje et al. (2005) erachten es für wichtig, dieses Wissen sichtbar zu machen. Das Verständnis der Pflegenden für die Reaktionen von Berufskollegen auf suizidales Verhalten kann den Pflegenden helfen, ihre eigenen Reaktionen in der Pflege von Patienten nach einem Suizidversuch kritisch zu hinterfragen und sich dafür zu sensibilisieren (Gilje et al., 2005). Aus den Studien geht hervor, dass Handlungsbedarf besteht, um die Pflege von Patienten nach einem Suizidversuch zu verbessern. Es ist durchaus sinnvoll, die Sensibilisierung und Schulung der Pflegenden bereits in der Grundausbildung zu beginnen; nicht explizit im Bezug zum Umgang mit Patienten nach einem Suizidversuch, sondern vielmehr zum Umgang mit den eigenen Gefühlen, Wertvorstellungen und Haltungen. Pflegende werden in ihrem Arbeitsalltag immer wieder grossen Herausforderungen und ethischen Dilemmata begegnen, in denen das Bewusstsein über die eigenen Auffassungen hilfreich sein kann. Aufgrund der hohen Prävalenz der Suizidversuche soll jedoch auch das Thema Suizidalität und die damit verbundenen Haltungen bereits im Grundstudium thematisiert werden. Auch Institutionen sollten den Pflegenden Schulungsprogramme und Beratungen anbieten, die sowohl die Auseinandersetzung mit der eigenen Wertvorstellung, persönlichen Erfahrungen und Haltungen thematisieren, als auch Fachwissen zum Thema Suizidversuch vermitteln. Darüber hinaus sollten den Pflegenden Richtlinien und Zeit für Supervisionen zur Verfügung gestellt werden. Ebenfalls gefördert werden sollte die Zusammenarbeit von

Psychiatriepflegenden mit Allgemeinpflegenden, was nicht nur für die Patienten von Vorteil ist, sondern auch für die Allgemeinpflegenden, die vom Fachwissen der Psychiatriepflegenden profitieren können. Dies sind alles Interventionen, die als solche im Akutspital bereits in anderen Bereichen Anwendung finden. Somit sollte die Realisierbarkeit dieser Interventionen hoch sein.



## **7 Schlussfolgerung**

Das Thema dieser Arbeit ist noch wenig erforscht. Aufgrund weniger verfügbarer Studien sah sich die Verfasserin dieser Arbeit gezwungen, Studien in die Auswertung einzubeziehen, die wegen kleiner Probandenzahlen, tiefen Evidenzlevel und teilweise mangelnder deskriptiver Klarheit die Aussagekraft der Antwort auf die Fragestellung beeinträchtigen. Trotz dieser Einschränkungen kann zusammengefasst werden, dass ein Grossteil der Pflegenden die Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch als schwierig erlebt, und sich in erster Linie Schulungen, die Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit, Begleitung im Berufsalltag sowie bessere Rahmenbedingungen seitens der Institution wünscht. Neben den Studien sind auch die theoretischen Grundlagen zu dieser Thematik rar. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit Theorien aus der Psychologie und Soziologie hätte den Rahmen dieser Arbeit gesprengt, womöglich gäbe es in diesen Fachgebieten allerdings weitere Erklärungsansätze für die untersuchte Problematik.

### **7.1 Offene Fragen**

Die Frage nach Ursache und Wirkung in Bezug auf die Haltung und das Erleben bleibt bestehen. Die vorliegende Arbeit zeigt die Bedürfnisse von Pflegenden in der Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch auf. Die Frage danach, was Pflegende brauchen, um diese Patientengruppe kompetent zu betreuen ist somit aber nicht vollständig beantwortet. Nur zum Schulungsbedürfnis und der Anwesenheit eines psychiatrischen Betreuungsteams existieren Studien, welche den Effekt dieser Interventionen untersuchen. Um aufzuzeigen womit die Kompetenz der Pflegenden tatsächlich erweitert werden kann, bedarf es somit weitere Interventionsstudien.

### **7.2 Zukunftsaussicht**

Um die Situation für Pflegende und die Patienten zu verbessern, bedarf es weiterer Forschung über das Erleben der Pflegenden und den Zusammenhang

von Haltung und Erleben. Auch die Bedürfnisse der Pflegenden sollten weiter erforscht werden. Hier bedarf es Kontrollstudien mit Follow-up-Design, um den Effekt von Schulungsprogrammen, Supervisionen sowie beispielsweise der Zusammenarbeit von Psychiatriepflegenden mit Allgemeinpflegenden inklusive des Langzeiteffektes zu messen.

## 8 Verzeichnisse

### 8.1 Literaturverzeichnis

- Abderhalden, Ch. & Kozel, B. (2011). Suizidalität. In D. Sauter, Ch. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (S. 1025-1038). Bern: Huber.
- Alston, M. H. & Robinson, B. H. (1992). Nurses attitudes towards suicide. *Omega*, 25, 205-215.
- Anderson, M. (1997). Nurses' attitudes towards suicidal behaviour – a comparative study of community mental health nurses and nurses working in an accidents and emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1283-1291.
- Brockhaus, F. A. (2010). Einstellung (Psychologie). Heruntergeladen von <https://test2.brockhaus-wissensservice.com/brockhaus/einstellung-psychologie> am 12.04.2013
- Brockhaus, F.A. (2010). Haltung (Philosophie). Heruntergeladen von <https://test2.brockhaus-wissensservice.com/brockhaus/haltung-philosophie> am 12.04.2013
- Bundesamt für Gesundheit (2005). Suizid und Suizidprävention in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer. Heruntergeladen von <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01915/index.html> am 06.09.2012
- Bundesamt für Statistik (2012). Statistik der Todesursachen. Sterbefälle und Sterbeziffern wichtigster Todesursachen, nach Alter, Frauen, 2010. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04.html> am 06.09.2012

Bundesamt für Statistik (2012). Statistik der Todesursachen. Sterbefälle und Sterbeziffern wichtigster Todesursachen, nach Alter, Männer, 2010.

Heruntergeladen von

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04.html> am 06.09.2012

Bundesamt für Statistik (2012). Sterbefälle und altersstandardisierte

Sterbeziffern pro 100'000 Einwohner, für wichtige Todesursachen, nach Geschlecht, 2010. Heruntergeladen von

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html> am 06.09.2012

Carlén, P. & Bengtsson, A. (2007). Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 257-265. doi:10.1111/j.1447-0349.2007.00475.x

Chan, S. W., Chien, W. & Tso, S. (2009). Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention. *Nurse Education Today*, 29, 763-769.

Gilje, F., Talseth, A. G. & Norberg, A. (2005). Psychiatric nurses' response to suicidal psychiatric inpatients: struggling with self and sufferer. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 519-526.

Guptill, J. (2011). After an Attempt: Caring for the Suicidal Patient on the Medical-Surgical Unit. *Medsurg nursing*, 20, 163-168

Hopkins, C. (2002). „But what about the really ill, poorly people?" (An ethnographic study into what it means to nurses on medical admissions units to have people who have harmed themselves as their patients). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 147-154.

Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

- Jacobson, J. M., Osteen, P., Jones, A. & Berman, A. (2012). Evaluation of the Recognizing and Responding to Suicide Risk Training. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42, 471-485. doi:10.1111/j.1943-278X.2012.00105.x
- Kearney, M.H. (2001). Levels and applications of qualitative research evidence. *Research in Nursing & Health*, 24, 145-153.
- Keogh, B., Doyle, L. & Morrissey J. (2007). Suicidal behaviour – A study of emergency nurses' educational needs when caring for this patient group. *Emergency nurse*, 15, 30-35.
- Laufs, B. P. (2004). Verhalten bei Suizidalität. In W. Werner (Hrsg.), *Lehrbuch der Krankenhauspsychiatrie* (S. 252-261). Stuttgart: Schattauer.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). Anleitungen zum Formular für eine kritische Besprechung qualitativer Studien. Heruntergeladen von <http://www.canchild.ca/en/canchildresources/resources/qualguideG.pdf> am 14.04.2013
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). Anleitungen zum Formular für eine kritische Besprechung quantitativer Studien. Heruntergeladen von <http://www.canchild.ca/en/canchildresources/resources/quantguideG.pdf> am 14.04.2013
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien. Heruntergeladen von <http://www.canchild.ca/en/canchildresources/resources/qualformG.pdf> am 14.04.2013

- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien. Heruntergeladen von <http://www.canchild.ca/en/canchildresources/resources/quantformg.pdf> am 14.04.2013
- Madjar, I. & Walton, J. A. (2001). What is problematic about evidence? In J. M. Morse & J. M. Swanson & A. J. Kuzel (Hrsg.), *The nature of qualitative evidence* (S.28-45). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mc Laughlin, C. (1994). Casualty nurses' attitudes to attempted suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 1111-1118.
- Möller, H.-J. (2009). Suizidalität. In H.-J. Möller, G. Laux & A. Deister (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 384-406). Stuttgart: Thieme.
- Mühlherr, L. (2013, in Anlehnung an Seizer, 2008). Suizid und Suizidprophylaxe. [Power Point]. Heruntergeladen von <http://moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=306522> am 07.04.2013
- Müller-Spahn, F. & Sollberger, D. (2010). Suizidversuch. In M. Bach (Hrsg.), *Psychyrembel- Klinisches Wörterbuch 2011* (S. 2004). Berlin/New York: Walter de Gruyter.
- Pfister, J. (2010, 04.06). Spitäler müssen Patienten nach Suizidversuch nicht weiter betreuen. *Aargauer Zeitung*. Heruntergeladen von <http://www.aargauerzeitung.ch/schweiz/spitaeler-muessen-patienten-nach-suizidversuch-nicht-weiter-betreuen-9113887> am 07.04.2013
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., Kotzalidis, G. D. & Tatarelli, R. (2005). Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *European Journal of Emergency Medicine*, 12, 169-178.
- Reimer, Ch. (2000). Zur Problematik der Helfer-Suizidant-Beziehung: Einstellungen und Affekte als Therapiehindernis. In G. Wolfslast & K. W. Schmidt (Hrsg.), *Suizid und Suizidversuch – Ethische und rechtliche Herausforderung im klinischen Alltag* (S. 107-120). München: Beck.

- Samuelsson, M. & Asberg, M. (2002). Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes to attempted suicide patients. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 115-121.
- Samuelsson, M., Sunbring, Y., Winell, I. & Asberg, M. (1997). Nurses' Attitudes to Attempted Suicide Patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 11, 232-237.
- Schädle-Deininger, H. (2006). *Fachpflege Psychiatrie*. München: Urban & Fischer.
- Suokas, J., Suominen, K. & Lönnqvist, J. (2009). The Attitudes of Emergency Staff Toward Attempted Suicide Patients – A Comparative Study Before and After Establishment of a Psychiatric Consultation Service. *Crisis*, 30, 161-165. doi:10.1027/0227-5910.30.3.161
- Talseth, A.-G., Lindseth, A., Jacobsson, L. & Norberg, A. (1997). Nurses' narrations about suicidal psychiatric inpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51, 359-364.
- Valente, S. & Saunders, J. M. (2004). Barriers to suicide risk management in clinical practice: A national survey of oncology nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 629-648.
- Wolfersdorf, M. (2000). *Der suizidale Patient in Klinik und Praxis*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft GmbH.
- Wolff, S. (2011). Pflegebeziehung und Interaktion. In D. Sauter, Ch. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (S. 309-346). Bern: Huber.

## 8.2 Tabellenverzeichnis

### 8.2.1 Tabellen Hauptteil

Tabelle 1 Ein- und Ausschlusskriterien, Limitierungen .....	8
Tabelle 2 Stich- und Schlagworte .....	10
Tabelle 3 Risikofaktoren Suizid und Suizidversuch .....	13
Tabelle 4 Übersicht Ergebnisstudien .....	17
Tabelle 5 Kategorisierung nach Carlén et al. (2007) .....	24
Tabelle 6 Distanz und Nähe nach Talseth et al. (1997) .....	27

### 8.2.2 Tabellen Anhang

Tabelle B 1 Suchprozess CINAHL .....	61
Tabelle B 2 Suchprozess Medline .....	61
Tabelle B 3 Mittels Referenzangaben gefundene Studien .....	62
Tabelle E 1 Studienbeurteilung Studie 1 .....	66
Tabelle E 2 Studienbeurteilung Studie 2 .....	69
Tabelle E 3 Studienbeurteilung Studie 3 .....	72
Tabelle E 4 Studienbeurteilung Studie 4 .....	74
Tabelle E 5 Studienbeurteilung Studie 5 .....	79
Tabelle E 6 Studienbeurteilung Studie 6 .....	84
Tabelle E 7 Studienbeurteilung Studie 7 .....	87
Tabelle E 8 Studienbeurteilung Studie 8 .....	90
Tabelle E 9 Studienbeurteilung Studie 9 .....	94
Tabelle E 10 Studienbeurteilung Studie 10 .....	98
Tabelle E 11 Studienbeurteilung Studie 11 .....	101
Tabelle E 12 Studienbeurteilung Studie 12 .....	104



## **9 Danksagung**

Ein herzliches Dankeschön geht an Frau Doris Ruhmann für die engagierte Betreuung während der Bachelorarbeit. Weiterer Dank gilt Fabian Blindenbacher, Roman Seifert und Dominique Wyss für das Korrekturlesen dieser Arbeit, sowie Bettina Jahn für die Mithilfe bei den Englischübersetzungen.

## **10 Eigenständigkeitserklärung**

„Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.“

Winterthur, 03.05.2013

Cornelia Schäfer

---

## Anhang

### Anhang A

#### Glossar

**Absprachefähige Patienten** - Patienten, die über die Fähigkeit verfügen, Absprachen über einen konkreten Zeitraum zu treffen. Ein Patient kann aufgrund seiner Krankheit nicht ausreichend frei in seiner Entscheidung sein, beispielsweise wenn er imperative Stimmen hört. (Schädle-Deininger, H. (2006). *Fachpflege Psychiatrie*. München: Urban & Fischer.)

**Autoaggression** - Gegen die eigene Person gerichtete Aggression.

(Autoaggression (Psychologie). (2010). Brockhaus Wissensservice. Heruntergeladen von <https://test2.brockhaus-wissensservice.com/brockhaus/autoaggression-psychologie> am 27.04.2013)

**Bilanzsuizid** - Suizid aufgrund einer bewusst vollzogenen Willenshandlung. Die Bilanz des bisherigen Lebens im Zusammenhang mit der gegenwärtigen Lebenssituation fällt so negativ aus, dass ein Weiterleben nicht sinnvoll erscheint. (Bilanzsuizid. (n.d.). Pschyrembel Premium Online. Heruntergeladen von [http://www.degruyter.com/view/ppp/12834696?rskey=NEClwl&result=1&q=&dbq\\_0=bilanzsuizid](http://www.degruyter.com/view/ppp/12834696?rskey=NEClwl&result=1&q=&dbq_0=bilanzsuizid) am 27.04.2013)

**Bipolare Störungen** - Unter bipolaren Störungen wird eine Form der affektiven Störung verstanden mit wiederholten Episoden, in denen das Niveau der Stimmung und des Antriebs sowie das Aktivitätsniveau des Betroffenen durch das Auftreten von depressiven oder manischen Symptomen, aber auch von hypomanischen, subdepressiven oder Mischzuständen deutlich verändert sind. (Störung, bipolare affektive. (n.d.). Pschyrembel Klinisches Wörterbuch online. Heruntergeladen von [http://www.degruyter.com/view/kw/4405734?rskey=STgCC5&result=15&q=bipolare störungen](http://www.degruyter.com/view/kw/4405734?rskey=STgCC5&result=15&q=bipolare%20st%C3%B6rungen) am 27.04.2013)

**Borderline Persönlichkeitsstörung** - Eine psychische Störung, die sich durch ausgeprägte Stimmungsschwankungen, intensive, aber instabile zwischenmenschliche Beziehungen, Impulsivität, Aggressivität, Wutausbrüche und mangelndes Selbstvertrauen auszeichnet; hinzu kommen selbstschädigende Aktivitäten (z. B. Suizidversuche, Selbstverletzung,

Substanzmissbrauch, risikoreiches Autofahren, Ladendiebstahl, Essstörungen); es besteht ein chronisches Gefühl der Leere oder Langeweile. (Borderlinesyndrom. (2010). Brockhaus Wissensservice. Heruntergeladen von <https://test2.brockhaus-wissensservice.com/brockhaus/borderlinesyndrom> am 27.04.2013)

**Erweiterter Suizid** - (Synonym für Mitnahmesuizid). Unter erweitertem Suizid versteht man eine Selbsttötung, der die Tötung meist naher Familienangehöriger (z. B. Kinder, Ehepartner) vorausgeht. Voraussetzung ist, dass der Entschluss zur Selbsttötung vor der Tötung des/der Anderen gefasst wurde. (Suizid. (n.d.). Pschyrembel Premium Online. Heruntergeladen von <http://www.degruyter.com/view/ppp/12833395?language> am 27.04.2013)

**Iatrogen** - durch ärztliche Einwirkung (z. B. fehlerhafte Behandlung) ausgelöst. In diesem Fall wird mit iatrogen gemäss der Verfasserin dieser Arbeit eine pflegerische Einwirkung verstanden. (Iatrogen. (2010). Brockhaus Wissensservice. Heruntergeladen von <https://test2.brockhauswissensservice.com/brockhaus/iatrogen> am 27.04.2013)

**Massensuizid** - Suizid, der in Kollektiven begangen wird. (Massensuizid. (n.d.). Pschyrembel Premium Online. Heruntergeladen von [http://www.degruyter.com/view/ppp/12835861?rskey=co4vqD&result=1&q=&dbq\\_0=Massensuizid](http://www.degruyter.com/view/ppp/12835861?rskey=co4vqD&result=1&q=&dbq_0=Massensuizid) am 27.04.2013)

**Mentoring** - Tätigkeit einer erfahrenen Person (Mentor/in), die ihr fachliches Wissen und ihre Erfahrungen an eine unerfahrene Person (Mentee) weitergibt. (Bartscher, T. (n.d.). Mentoring. Gabler Wirtschaftslexikon. Heruntergeladen von <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/86532/mentoring-v6.html> am 18.04.2013)

**Neurotische Erkrankungen** - (Synonym für Neurosen). Oberbegriff für psychische oder psychosoziale Störungen mit Veränderungen des Wahrnehmens, Empfindens, Erlebens sowie von Vorstellungen und Verhaltensweisen ohne nachweisbare organische Grundlage und ohne Verlust des Realitätskontakts. Beispiele für Neurosen sind generalisierte Angst, Persönlichkeitsstörungen und Depressionen. (Neurose. (n.d.). Pschyrembel Premium Online. Heruntergeladen von [http://www.degruyter.com/view/natur/8804951?rskey=cBS0sz&result=24&q=&dbq\\_0=Neurose](http://www.degruyter.com/view/natur/8804951?rskey=cBS0sz&result=24&q=&dbq_0=Neurose) am 27.04.2013)

**Onkologiepflegende** - Pflegende, die auf Stationen für tumorbedingte Krankheiten arbeiten. (Onkologie. (2010). Brockhaus Wissensservice. Heruntergeladen von <https://test2.brockhaus-wissensservice.com/brockhaus/onkologie> am 27.04.2013)

**Personalschlüssel** - Der Personalschlüssel beschreibt das Verhältnis von Mitarbeitenden zu Patienten. (Eigene Definition)

**Persönlichkeitsstörung** - Unter einer Persönlichkeitsstörung wird ein andauerndes Verhaltens- und Erlebnismuster verstanden, das deutlich, tief greifend und inflexibel von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Es werden verschiedene Typen von Persönlichkeitsstörungen unterschieden. (Persönlichkeitsstörung. (n.d.). Pschyrembel Klinisches Wörterbuch online. Heruntergeladen von [http://www.degruyter.com/view/kw/4399862?rskey=xcs7TQ&result=131&q=&dbq\\_0=Pers%C3%B6nlichkeitsst%C3%B6rung](http://www.degruyter.com/view/kw/4399862?rskey=xcs7TQ&result=131&q=&dbq_0=Pers%C3%B6nlichkeitsst%C3%B6rung) am 27.04.2013)

**Selbstschädigendes Verhalten** - Als selbstschädigendes Verhalten definiert die Verfasserin dieser Arbeit Verhalten wie exzessives Trinken, Rauchen, massives Übergewicht, Autofahren mit überhöhter Geschwindigkeit oder das Ausführen von Extremsportarten. (Eigene Definition)

**Selbstverletzendes Verhalten** - Unter selbstverletzendem Verhalten versteht man eine spezifische Form der Selbstschädigung ohne suizidale Absicht mit wiederholt selbst zugefügter direkter körperlicher Verletzung. (Selbstverletzung. (n.d.). Pschyrembel Premium Online. Heruntergeladen von [http://www.degruyter.com/view/ppp/12833373?rskey=XaPO1Y&result=9&q=&dbq\\_0=selbstverletzendes+Verhalten](http://www.degruyter.com/view/ppp/12833373?rskey=XaPO1Y&result=9&q=&dbq_0=selbstverletzendes+Verhalten) am 27.04.2013)

**Supervision** - Unter Supervision wird eine Beratungsform für Einzelne, Arbeitsteams und Organisationen verstanden, die deren Effektivität erhöhen soll. Supervision wird in sozialen und pädagogischen Arbeitsfeldern sowie in Wirtschaft, Verwaltung und Sport wahrgenommen. Sie kann sowohl durch einen externen Berater (Supervisor), als auch von einer Person vorgenommen werden, die im sozialen Bereich als Vorgesetzter institutionalisiert ist. In Gruppenbesprechungen mit dem Supervisor werden berufliche Fragen thematisiert, wobei es sich um psychologische Prozesse wie auch um Fragen

der Team- und Organisationsentwicklung handeln kann. (Supervision. (2010).  
Brockhaus Wissensservice. Heruntergeladen von  
<https://test2.brockhaus-wissensservice.com/brockhaus/supervision> am 27.04.2013)

## Anhang B

Folgende Tabellen widergeben die Suchprozesse der Ergebnisstudien. Ein Grossteil der Studien war in mehreren Datenbanken auffindbar, Volltexte waren jedoch oft nur auf CINAHL frei einsehbar, wodurch die Verfasserin dieser Arbeit bei diesen Studien den Suchprozess auf CINAHL darlegt.

**Tabelle B 1 Suchprozess CINAHL**

Suchbegriffe	Limits	Anzahl Treffer	Relevante Studien
„attitude“ AND „nurs*“ AND „attempted suicide“	Nur englische und deutsche Literatur.	32	Samuelsson, M. & Asberg, M. (2002)  Carlén, P. & Bengtsson, A. (2007)  Samuelsson, M., Sunbring, Y., Winell, I. & Asberg, M. (1997)
„experience“ AND „nurs*“ AND „attempted suicide“	Nur englische und deutsche Literatur.	22	Mc Laughlin, C. (1994)
„analysis of qualitative data“ AND „nurs*s“ AND „suicide“	Nur englische und deutsche Literatur.	132	Hopkins, C. (2002)
„attitude“ AND „nurs*“ AND „suicidal behavi*r“	Nur englische und deutsche Literatur.	11	Anderson, M. (1997)
„barriers“ AND „nurs*“ AND „suicide“	Nur englische und deutsche Literatur.	24	Valente, S. & Saunders, J. M. (2004)

**Tabelle B 2 Suchprozess Medline**

Suchbegriffe	Limits	Anzahl Treffer	Relevante Studien
„attitude“ AND „nurs*“ AND „attempted suicide“	Nur englische und deutsche Literatur.	33	Suokas, J., Suominen, K. & Lönnqvist, J. (2009)

**Tabelle B 3 Mittels Referenzangaben gefundene Studien**

<b>Namen der Autoren, Jahr</b>
Gilje, F., Talseth, A. G. & Norberg, A. (2005)
Jacobson, J. M., Osteen, P., Jones, A. & Berman, A. (2012)
Keogh, B., Doyle, L. & Morrissey, J. (2007)
Talseth, A.-G., Lindseth, A., Jacobsson, L. & Norberg, A. (1997)

## Anhang C

### Zusammenhang zwischen Haltung und Erleben

Die Untersuchung des Zusammenhanges von Haltung und Erleben gleicht dem Henne-Ei-Problem. Es stellt sich die Frage nach Ursache und Wirkung. Ist die Haltung der Pflegenden bedingt durch deren Erleben? Oder ist es umgekehrt, und das Erleben der Pflegenden ist durch die Haltung bedingt? Die Studienresultate von Anderson (1997), Hopkins (2002), Mc Laughlin (1994) und Samuelsson et al. (1997) lassen vermuten, dass das Erleben die Haltung von Pflegenden beeinflusst. Das Zitat einer Pflegenden, die von Hopkins interviewt wurde, ist ein Indiz dafür, wie das Erleben der Pflegenden die Haltung negativ beeinflussen kann.

„When I first qualified I was very sympathetic towards them. [...]. But with working here, I have become cynical - you just get sick of it“.<sup>20</sup>

(Hopkins, 2002, S. 151)

Die Resultate der Studie von Talseth et al. (1997) lassen annehmen, dass die Haltung das Erleben der Pflegenden beeinflusst. Die Forscher zeigen, dass eine distanzierte Haltung das Erleben der Pflegenden insofern negativ beeinflussen kann, als dass die Pflegenden von den Patienten häufiger abgelehnt werden und sie keinen Effekt ihrer Pflege sehen. Obwohl sich die Frage nach Ursache und Wirkung aufgrund der Untersuchungen nicht abschliessend beantworten lässt, ist es wichtig, sich den Wechselwirkungen des Erlebens und der Haltung bewusst zu sein. Anderson (1997) betont die Wichtigkeit für Pflegende, sich ihrer Haltung gegenüber suizidalem Verhalten bewusst zu sein, um das Erleben zu verstehen. Jacobson et al. (2012) betonen, dass die Beziehung, die zwischen der Haltung und dem Verhalten der Pflegenden besteht, wichtig für die zukünftige Forschung ist.

---

<sup>20</sup> „Unmittelbar nach meinem Abschluss war ich sehr verständnisvoll gegenüber diesen Patienten. Aber durch meine Arbeit hier bin ich zynisch geworden – es hängt mir zum Hals raus.“ (Eigene Übersetzung)



## Anhang D

### Das Recht auf Suizid

Mit der Frage nach einem Recht auf Suizid befassen sich viele Studien. Da einige der Ergebnisstudien diesen Aspekt ebenfalls beleuchten, erachtet die Verfasserin dieser Arbeit eine kurze Auseinandersetzung mit der Thematik als notwendig. Weil die vorhandene Datenmenge diesbezüglich riesig ist und den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, geht die Verfasserin lediglich auf die Aspekte der Ergebnisstudien ein.

Die Studien von Anderson (1997), Samuelsson et al. (1997) und Valente et al. (2004) thematisieren das Recht auf Suizid, welches gemäss Anderson (1997) eng mit der Haltung zusammenhängt. Eine positive Haltung gegenüber Patienten nach einem Suizidversuch zu haben, müsste gemäss der Verfasserin dieser Arbeit danach verlangen, das Recht auf Suizid anzuerkennen. Dies führt zur Frage welche Umstände gegeben sein müssen, damit Patienten ein Recht auf Suizid haben. Gemäss Ramon, Bancroft und Skrimshire (1975)<sup>21</sup> gibt es tatsächlich Unterschiede in der Bereitschaft von Pflegenden, die Patienten zu betreuen, abhängig vom Grund, der für den Suizidversuch vorlag. Laut Samuelsson et al. (1997) haben Pflegende eine grössere Bereitschaft Patienten zu betreuen, wenn diese schwer krank sind oder depressive Motive hatten, als Patienten, die mit ihrem Suizidversuch Aufsehen erregen wollten. Die Autoren nehmen an, dass dies darauf zurückzuführen ist, dass eine Depression meist gut behandelbar ist, und es den Patienten oft schnell besser geht. Die Verfasserin dieser Arbeit sieht im Erklärungsansatz von Samuelsson et al. (1997) eine Parallele zur Theorie von Seizer (2008). Gemäss Seizer (2008, zit. nach Mühlherr, 2013) tendieren Pflegende dazu, das Thema Suizid vorschnell beenden zu wollen, da die Konfrontation mit diesem Thema unangenehm ist. Ist eine Krankheit gut behandelbar und die Patienten zeigen somit schnell kein

---

<sup>21</sup> Ramon, S., Bancroft, J. & Skrimshire, A. M. (1975). Attitudes towards self-poisoning among physicians and nurses in a General Hospital. *British Journal of Psychiatry*, 127, 257-264.

suizidales Verhalten mehr, besteht folglich keine weitere Konfrontation der Pflegenden mit dem Thema Suizid mehr. Samuelsson et al. (1997) konnten bei der Auswertung ihrer Fallbeschreibungen feststellen, dass die Zuschreibung eines Rechts auf Suizid von der individuellen Lebenssituation des Patienten abhängig ist. Hopkins (2002) legt dar, dass die untersuchten Pflegenden, Patienten die einen Suizidversuch begangen haben eher akzeptieren, wenn Todesabsicht vorlag. Mc Laughlin (1994) und Hopkins (2002) zeigen auf, dass Patienten welche infolge eines Suizidversuches oder selbstverletzenden Verhaltens hospitalisiert werden, in den Augen der Pflegenden einen geringeren Anspruch auf eine Behandlung haben als Patienten, welche aus vermeintlich legitimen, somatischen Gründen hospitalisiert werden. Auch diese Ergebnisse können wiederum in Verbindung gebracht werden mit der Zuschreibung eines Rechts.

## Anhang E

### Studienbeurteilungen

Tabelle E 1 Studienbeurteilung Studie 1

<p><b>Anderson, M. P. (1997). Nurses' attitudes towards suicidal behaviour – a comparative study of community mental health nurses and nurses working in an accidents and emergency department. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 25, 1283-1291.</b></p> <p><b>Nottingham, England</b></p>	
<b>Zweck der Studie</b>	Die Studie untersucht die Haltung gegenüber suizidalen Patienten bei Psychiatriepflegenden und Pflegenden, welche auf einer Notfallstation arbeiten, und vergleicht diese. Das Ziel wird als solches in der Studie klar formuliert.
<b>Literatur</b>	<p>Der Forscher befasst sich intensiv mit dem Phänomen des Suizides. Er nennt epidemiologische Daten. Die relevante Hintergrundliteratur wurde eingesehen und ist ausführlich beschrieben. Der Forscher rechtfertigt die Notwendigkeit der Studie damit, dass Pflegende in der Suizidprävention eine Schlüsselrolle einnehmen. Des Weiteren ist die Haltung der Pflegenden wichtig, da sie deren Bereitschaft und Motivation beeinflusst, mit suizidalen Patienten zu arbeiten. Zudem kann die Effektivität einer Behandlung von den Pflegenden wesentlich beeinflusst werden.</p> <p>Um zu definieren, was Anderson (1997, S. 1285) in seiner Studie unter „attitude“ versteht, bezieht er sich auf die Definition von Oppenheim (1992). Diese besagt: „...an attitude involves a tendency to react in a certain manner when confronted with a specific stimuli.“</p>
<b>Studiendesign</b>	Es handelt sich um eine quantitative Studie, welche das Design des 2-Gruppen-Vergleichs hat. Dieses Design eignet sich gut, um die beiden Gruppen von Pflegenden miteinander zu vergleichen.
<b>Stichprobe</b>	80 Fragebogen wurden den Pflegenden des Mental Health Teams, sowie dem Notfallteam verteilt. Total 66 Pflegende retournierten den Fragebogen, exakt 33 aus jedem Team. Die demografischen Merkmale werden mithilfe einer Tabelle dargestellt. Pflegende der Notfallstation (Modus: 30-39 Jahre) sind durchschnittlich jünger als die Psychiatriepflegenden (Modus: 40-49 Jahre). In der Verteilung der Geschlechter sind die beiden

	<p>Gruppen homolog. Die Pflegeerfahrung in Jahren ist bei den Notfallpflegenden etwas höher als bei den Psychiatriepflegenden, obwohl hier kein eindeutiger Schluss gezogen werden kann, da drei Personen keine Angaben gemacht haben. Die Stichprobengröße wird begründet. Das Ethik Verfahren wird hingegen nicht erwähnt.</p>
<b>Datenerhebung</b>	<p>Die Daten wurden mittels eines Fragebogens erhoben. Einige Elemente des Fragebogens wurden vom „Suicide Opinion Questionnaire“, kurz SOQ, von Domino et al. (1982) übernommen. Der Fragebogen besteht aus 16 Aussagen, welche 4 Themen zugeordnet sind, nämlich „Akzeptanz“, „Moral und psychische Erkrankungen“, „Professionelle Rolle, Arbeit und Pflege“ und „Kommunikation“. Jede Aussage kann auf einer 6 teiligen Likert Skala bewertet werden, von „strongly agree“ bis „strongly disagree“. Aus dieser Bewertung resultieren Werte von 16 bis 96. Hohe Werte stehen für eine positive Haltung gegenüber suizidalen Patienten.</p> <p>Frühere Studien, welche mit dem SOQ gearbeitet haben, als auch die Originalstudie von Domino et. al (1982) bestätigen dessen Reliabilität und Validität. Der von Anderson entwickelte Fragebogen wurde in einer Pilotstudie getestet.</p>
<b>Massnahmen</b>	Entfällt.
<b>Ergebnisse (Outcomes)</b>	<p>Es wurde eine Messung durchgeführt. Die Ergebnisse werden mit den zugehörigen p-Werten in Tabellen dargestellt.</p> <p>Als signifikant gelten Resultate mit einem p-Wert unter 0.05. Die beiden Gruppen wurden mit einem t-Test verglichen, welcher sich gut eignet um zwei Stichproben auf signifikante Unterschiede hin zu untersuchen.</p> <p>Beide Gruppen weisen relativ hohe Werte aus, was eine generell positive Haltung den suizidalen Patienten gegenüber bedeutet. Beide Gruppen akzeptieren suizidales Verhalten, die Akzeptanz der Psychiatriepflegenden ist aber leicht höher als die der Notfallpflegenden. Dieser Unterschied ist allerdings nicht statistisch signifikant.</p> <p>Sowohl Psychiatriepflegende, als auch Notfallpflegende scheinen Patienten, welche suizidales Verhalten zeigen, nicht für psychisch krank zu halten. Die professionelle Rolle betreffend, weisen Notfallpflegende etwas höhere Werte aus, was für mehr</p>

Akzeptanz spricht. Beide Gruppen nehmen den Suizidversuch als eine Art von Kommunikation wahr.

Notfallpflegende, welche mehr Arbeitserfahrung haben, weisen etwas positivere Werte auf als Notfallpflegende mit wenig Arbeitserfahrung, was heissen könnte, dass sie ein positiveres Verhalten gegenüber suizidalen Patienten haben. Die Werte sind allerdings nicht signifikant.

Bei den Psychiatriepflegenden wird gerade das Gegenteil festgestellt. Psychiatriepflegende mit wenig Berufserfahrung weisen positivere Werte aus, als Pflegende mit über 10 Jahren Berufserfahrung. Dieses Resultat ist mit einem p- Wert von  $p < 0.0033$  signifikant.

Auch betreffend des Alters ergeben sich signifikante Resultate. Ältere Psychiatriepflegende haben eine signifikant negativere Haltung gegenüber suizidalem Verhalten, als jüngere Pflegende ( $p < 0.051$ ,  $p < 0.044$ ). Dies korreliert mit der Erkenntnis, dass Psychiatriepflegende mit mehr Berufserfahrung eine negativere Haltung haben. Bei den Notfallpflegenden ergeben sich diesbezüglich keine signifikanten Resultate.

Eine Varianzanalyse oder Faktoranalyse wurde aus zeitlichen Gründen nicht durchgeführt, wäre aber sinnvoll gewesen.

Die Analysemethode trägt der Komplexität der „Haltung“ sowie des „suizidalen Verhaltens“ nicht Rechnung, womit die Reliabilität des verwendeten Instruments zur Datenerhebung in Frage gestellt wird.

#### **Schlussfolgerungen und klinische Implikationen**

Die Berufserfahrung ist in dieser Studie der einflussreichste Faktor im Bezug auf die Haltung gegenüber suizidalen Patienten.

Entgegen anderer Studien, führt in dieser Studie die Fachrichtung der Pflegenden zu keinem signifikanten Unterschied in der Haltung. Die Limitationen dieser Studie liegen darin, dass lediglich ein Gebiet untersucht wird (alle Pflegenden arbeiten in der gleichen Institution), dass die Pflegenden einen unterschiedlichen Wissensstand im Bezug auf die Pflege von suizidalen Patienten haben, sowie im Analyseprozess. Die Forscher weisen darauf hin, dass die Studie zwar interessante Resultate ergibt, dass daraus aber keine generellen Schlüsse gezogen werden dürfen. Sie betonen die Notwendigkeit für weitere Forschung auf diesem Gebiet.

	Die Schlussfolgerungen sind angemessen im Hinblick auf die Ergebnisse.
<b>Anwendbarkeit der Studienresultate zur Beantwortung der Fragestellung</b>	Das Resultat dieser Studie, dass die Fachrichtung der Pflegenden keinen Einfluss auf die Haltung gegenüber suizidalen Patienten hat, würde bedeuten, dass die Resultate von Studien aus anderen pflegerischen Fachbereichen auf das Setting dieser Arbeit angewendet werden können. Dem gegenüber steht aber, dass dies lediglich eine Studie ist und diese zudem eine geringe Probandenzahl untersucht. Des Weiteren werden Pflegende, welche auf einer anderen Station des Akutspitals arbeiten, nicht untersucht, eventuell würde sich da ein Unterschied finden lassen zu den Notfall- oder zu den Psychiatriepflegenden.
<b>Evidenzlevel</b>	4

**Tabelle E 2 Studienbeurteilung Studie 2**

**Carlén, P. & Bengtsson, A. (2007). Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 257-265. doi:10.1111/j.1447-0349.2007.00475.x**  
**Växjö, Schweden**

<b>Zweck der Studie</b>	Zweck der Studie ist zu untersuchen, wie Psychiatriepflegende suizidale Patienten, welche stationär behandelt werden, erleben. Der Zweck wird klar angegeben.
<b>Literatur</b>	Relevante Hintergrundliteratur wird von den Autoren gesichtet und beschrieben. Die Notwendigkeit der Studie wird gerechtfertigt. Bisher untersucht die Forschung vor allem die Haltung von Pflegenden, oder sie untersucht das Erleben der Pflegenden mit dem Fokus auf deren Interventionen. Studien, welche das Erleben der Pflegenden in einem vertieften Sinn untersuchen, fehlen.
<b>Studiendesign</b>	Die Studie ist qualitativ und basiert auf einer reflektierenden „life-world“ Perspektive nach Dahlberg et al. (2001). Diese Perspektive hat das Ziel, die Welt so zu beschreiben, wie sie das Individuum erlebte, bevor Theorien entwickelt wurden welche dafür Erklärungen abgeben. Die Forscher müssen somit eigene Spekulationen und Interpretationen vermeiden, und stattdessen offen und flexibel sein. Das Design scheint angemessen zu sein auf die Forschungsfrage. Da keine Spekulationen und Interpretationen des Forschers in die Untersuchung einfließen,

	<p>zeigt die Studie wirklich das Erleben der Pflegenden auf.</p> <p>Zur Beantwortung der Forschungsfrage wählen die Autoren die Methode des Interviews. Sie führen semistrukturierte Interviews durch, welche folgende Fragen beinhalten:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Wie würden sie einen suizidalen Patienten beschreiben?</li><li>2. Wie arbeiten sie mit diesen Patienten in ihrem Berufsalltag als Pflegefachfrau?</li><li>3. Erleben sie Dilemmas in der Zusammenarbeit mit diesen Patienten?</li></ol> <p>Um dem Design der Studie gerecht zu werden, werden die Interviews in offener, neugieriger und flexibler Weise geführt. Die Dauer der Interviews schwankt zwischen 45 bis 90 Minuten.</p>
<b>Stichprobe</b>	<p>Die Zusammenstellung der Stichprobe erfolgt gezielt. Die Methode zur Zusammenstellung der Stichprobe wird beschrieben. In einem ersten Schritt werden alle Pflegenden ausgewählt, welche mehr als 5 Jahre auf derselben psychiatrischen Station arbeiten. Es sind dies 17. Die Autoren berufen sich dabei auf Patricia Benner's Definition einer „expert nurse“ (1993). Aus diesen 17 werden in einem zweiten Schritt 15 ausgewählt aufgrund von Alter, Geschlecht und Berufserfahrung. Somit wollen die Autoren eine möglichst vielfältige Stichprobe erhalten. Die Probanden werden anschliessend gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen möchten. 4 Pflegende lehnten eine Teilnahme ab, womit die Stichprobe 11 Pflegende beinhaltete. Alle 11 Pflegenden gaben einen Informed Consent. Die Zustimmung des Ethikkomitees wurde eingeholt. Die Datensättigung ergab sich nach 9 Interviews.</p>
<b>Datenerhebung</b>	<p>Die Interviews werden auf Tonband aufgezeichnet. Die Autoren geben eine vollständige Beschreibung von Ort, Probanden und den Rollen der Forscher ab. Referenzen der Forscher werden nicht angegeben. Es wird kein „bracketing“ verwendet. Die Strategien zur Datenerhebung sind von prozeduraler Strenge.</p>
<b>Datenanalyse</b>	<p>Der wortgetreu transkribierte Text wird mit einer latenten Inhaltsanalyse (Berg, 2001; Graneheim &amp; Lundmann, 2003) analysiert. Die Inhaltsanalyse erfolgt in mehreren Schritten. Im ersten werden die Texte mehrmals gelesen, um das ganze Datenmaterial der Texte zu erfassen. In einem zweiten Schritt werden die Texte nochmals gelesen, und dabei nach „Meaning-</p>

---

	<p>Units“ gesucht. Nachdem die „Meaning-Units“ gefunden wurden, werden sie verdichtet und mit Codes versehen. In einem dritten Schritt werden die Codes in Gruppen eingeteilt. Aus diesem Prozess resultieren die beiden Hauptthemen „labelled“ und „suffering“.</p> <p>Die Datenanalyse ist induktiv. Die gewonnen Erkenntnisse stimmen mit den gewonnenen Daten überein und widerspiegeln diese. Der ganze Analyseprozess wird sehr ausführlich und nachvollziehbar beschrieben.</p>
<b>Vertrauenswürdigkeit</b>	<p>Triangulierung wird angegeben nach Quellen/Daten und nach Forscher. Eine Überprüfung durch die Teilnehmer findet mehrmals statt.</p> <p>Die Glaubwürdigkeit der Studie wird durch ein vielseitiges Sample ermöglicht. Um eine tiefe Sicht in das Erleben der Pflegenden zu haben, verhielten sich die Forscher während der Interviews naiv und fragten viel nach. Die Autoren entwickeln eine Strategie, um Subjektivität beim Analyseprozess möglichst zu vermeiden.</p> <p>Die Übertragbarkeit der Resultate kann nur durch den Leser bestimmt werden. Die Tatsache, dass Datensättigung erreicht wurde, zeigt, dass die Studie umfassend ist.</p> <p>Die Zuverlässigkeit wird durch die unmittelbare wortgetreue Transkription der Interviews erlangt. Zudem durch das unabhängige Lesen und Analysieren der Texte und dem anschliessenden Vergleichen der Resultate.</p> <p>Das klar beschriebene Analyseverfahren, welches es ermöglicht, die Resultate der Forscher zurück zu verfolgen, wie auch das „Member checking“ tragen ebenfalls zur Vertrauenswürdigkeit dieser Studie bei.</p>
<b>Schlussfolgerungen und klinische Implikationen</b>	<p>Die Forscher erarbeiten die beiden Hauptthemen „labelled“ und „suffering“. „Labelled“ steht für die Kategorisierung der Patienten durch die Pflegenden. Diese kann zum einen nach Diagnosen, und zum anderen nach Verhalten erfolgen. Das Thema „suffering“ repräsentiert die subjektive Wahrnehmung der Pflegenden und besteht aus den Unterthemen Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit und Kontrollverlust. Die Forscher vergleichen in der Schlussfolgerung ihre Resultate mit denen anderer Studien, und kommen zu ähnlichen Schlüssen.</p> <p>Die Resultate der Studie unterstützen die Meinung, dass</p>

---



	Institutionen Betreuungsangebote für die Pflegenden manifestieren sollen, um die Pflegenden beim reflektieren und bei ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen. Auch die Notwendigkeit von Schulungsprogrammen wird genannt.
<b>Anwendbarkeit der Studienresultate zur Beantwortung der Fragestellung</b>	Die Studie ist von guter Qualität. Sie beschreibt das Erleben der Pflegenden sehr genau. Um die Resultate in der vorliegenden Arbeit verwenden zu können, muss ein Transfer von der Psychiatriepflege in die Allgemeinpflege gemacht werden. Die Studie fokussiert stark darauf, wie Pflegende die Patienten erleben, und geht weniger auf die Probleme ein, welche sie bei der Betreuung dieser Patienten erleben.
<b>Evidenzlevel</b>	3

Tabelle E 3 Studienbeurteilung Studie 3

<b>Gilje, F., Talseth, A. G. &amp; Norberg, A. (2005). Psychiatric nurses' response to suicidal psychiatric inpatients: struggling with self and sufferer. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>, 12, 519-526.</b>	
<b>Tromsø, Norwegen</b>	
<b>Zweck der Studie</b>	Die Autoren formulieren den Zweck ihrer Studie mit folgender Forschungsfrage: Wie beschreiben psychiatrische Pflegende ihre Reaktionen auf suizidale Patienten? Mit der Studie analysieren die Forscher die gesammelten Daten einer qualitativen Studie von 1997 erneut.
<b>Literatur</b>	Relevante Hintergrundliteratur wird von den Autoren eingesehen. Die Autoren erklären, wieso sie die Daten von Talseth et al. (1997) nochmals analysieren.
<b>Studiendesign</b>	Die Autoren dieser Studie sagen lediglich, dass es sich um eine qualitative Studie handelt, nicht aber um welches Design. Da die Daten aber mit hermeneutisch-phänomenologischem Ansatz gewonnen wurden, ist anzunehmen, dass die Forscher diesen Ansatz übernommen haben. Das Design eignet sich gut zur Beantwortung der Forschungsfrage. Als qualitative Methode wird das Interview benutzt.
<b>Stichprobe</b>	Die Autoren der aktuellen Studie (Gilje et al., 2005) arbeiten mit bereits gewonnenen Daten. In der Originalstudie (Talseth et al., 1997) wurden die Daten

---

folgendermassen gewonnen:

Die Autoren erhielten vom Spital eine Liste mit allen Pflegenden (N=24) mit Ausbildung in Psychiatriepflege und mit Erfahrung in der Betreuung von suizidalen Patienten. Sie führten mit den Pflegenden der Reihe nach Interviews bis zur Datensättigung. Diese wurde mit 19 Probanden erreicht.

Der Auswahlvorgang wird beschrieben, die Stichprobe wird solange zusammengestellt bis Redundanz der Daten erreicht war. Das Ethikverfahren wird von den Autoren beschrieben. Informed Consent wurde eingeholt, wie auch die Zustimmung des Ethikkomitees.

#### **Datenerhebung**

Die Autoren der Originalstudie machen eine klare und vollständige Beschreibung der Probanden, allerdings fehlt deskriptive Klarheit zum Ort, zu Referenzen der Forscher und zur Rolle der Forscher. Es erfolgt kein „bracketing“.

Es wurden narrative Interviews geführt, die ungefähr eine Stunde dauerten. Beispielfragen wurden von den Forschern angegeben. Die Strategie zur Datenerhebung ist von prozeduraler Strenge.

Die Autoren der aktuellen Studie beschreiben die Probanden nicht. Das Vorgehen zur Datenerhebung und der Ort werden jedoch klar beschrieben. Die Referenzen und Rollen der Forscher werden im Text genannt.

#### **Datenanalyse**

Der Analyseprozess wird von den Autoren beschrieben. Ein Beispiel des Abstraktionsprozesses wird mit einer Tabelle veranschaulicht. Die Analyse ist induktiv. Der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen/Codes wird nur kurz beschrieben. Da die Autoren bei den Resultaten aber sehr viele Aussagen der Probanden und die dazugehörigen Codes erwähnen, lässt sich der Analyseprozess trotzdem nachvollziehen.

Aus den Daten ergeben sich 4 Themen:

- Discerning self and sufferer
- Reconciling inner dialogue about suffering
- Opening up envisioning self from sufferer
- Revisioning the meaning of life revealed over time

Als Hauptthema formulieren die Autoren den Kampf mit sich und dem Leidenden.

---

<b>Vertrauenswürdigkeit</b>	Es erfolgte eine Triangulierung nach Quellen/Daten und nach Forscher. Ob „Member checking“ erfolgte ist nicht angegeben. In der Diskussion vergleichen die Autoren ihre Ergebnisse mit Ergebnissen anderer Forscher. Des Weiteren verifizieren die Autoren in einem Kapitel die Validität und Reliabilität ihrer Forschung.
<b>Schlussfolgerungen und klinische Implikationen</b>	Als Limitationen sehen die Forscher das Alter der analysierten Daten, diese sind 8-jährig. Zudem befürchten sie, dass ihre gute Zusammenarbeit die Interpretationen der Daten trüben könnte. Die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und ausführlich. Das Alter der analysierten Daten kann auch vorteilhaft sein, da die beiden Forscherinnen Talseth und Norberg, welche bei der Erstanalyse 1997 mitgewirkt haben, Abstand zum Datenmaterial gewinnen konnten und dadurch neue Sichtweisen entwickeln konnten.
<b>Anwendbarkeit der Studienresultate zur Beantwortung der Fragestellung</b>	Die Studie ist qualitativ gut. Um die Ergebnisse zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit verwenden zu können, muss allerdings ein Transfer zum Akutspital hergestellt werden.
<b>Evidenzlevel</b>	3

**Tabelle E 4 Studienbeurteilung Studie 4**

**Hopkins, C. (2002). „But what about the really ill, poorly people?“ (An ethnographic study into what it means to nurses on medical admissions units to have people who have harmed themselves as their patients). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 147-154.**

**Newcastle upon Tyne, UK**

<b>Zweck der Studie</b>	Ziel der Studie ist zu verstehen, was es für Pflegende bedeutet, Patienten zu betreuen, welche selbstverletzendes Verhalten zeigen. Der Zweck der Studie wird klar angegeben.
<b>Literatur</b>	Die relevante Hintergrundliteratur wird recherchiert und beschrieben. Die Notwendigkeit der Studie wird gerechtfertigt, indem die Autorin darauf hinweist, dass bisherige Studien ihre Resultate mittels Fragebogen generierten, nicht aber durch Beobachtung. Die Autorin bestärkt ihre Aussage mit einem Zitat von

---

	<p>Hammersley, 1990:</p> <p>„To rely on what people say about what they believe and do, without also observing what they do, is to neglect the complex relationship between attitudes and behaviour.“ (S. 597)</p>
<b>Studiendesign</b>	<p>Es handelt sich um eine ethnographische Studie. Die Wahl des Studiendesigns wird begründet und entspricht der Forschungsfrage.</p> <p>Zur Beantwortung der Fragestellung verwendet die Autorin die Methoden der Teilnehmenden Beobachtung und das Interview. Das Führen eines Feldjournals, welches von der Autorin als dritte Methode bezeichnet wird, gilt als Teil der Teilnehmenden Beobachtung.</p>
<b>Stichprobe</b>	<p>Auf zwei Stationen (Medical Admission Units) eines Akutspitals werden jeweils zwei „key informants“ ausgewählt, davon eine qualifizierte Pflegeperson und eine Pflegeperson ohne Qualifikation. Die Stichprobe wird nicht so lange zusammengestellt, bis die Redundanz erreicht ist. Gemäss Beschreibung scheint die Stichprobenzusammenstellung kein flexibler Prozess gewesen zu sein, sondern war von Beginn der Studie an klar.</p> <p>Die Probanden (N=4) werden nicht weiter beschrieben. Was die Autorin unter qualifizierter Pflegeperson und unqualifizierter Pflegeperson versteht ist unklar. Geschlecht, Alter sowie Arbeitserfahrung und Wissensstand in Psychiatrie werden nicht angegeben. Die Zustimmung des Ethikkomitees wurde eingeholt. Es ist allerdings nicht klar angegeben, ob Informed Consent von den Probanden eingeholt wurde. Anhand der Aussage, dass die Probanden bereit dazu sind ihre Erfahrungen zu teilen mit der Forscherin, kann allerdings davon ausgegangen werden.</p>
<b>Datenerhebung</b>	<p>Die Daten wurden während einem Monat im Jahr 1999 gesammelt. Zur Datenerhebung dienten drei Methoden. Die Beobachtung der Probanden, semistrukturierte Interviews mit den vier Pflegenden sowie Feldnotizen und Journal. Es wird nicht beschrieben, ob es sich bei der Beobachtung um die Selben vier Probanden handelt wie bei den Interviews, oder ob mehrere/andere Probanden beobachtet wurden.</p> <p>Beobachtung</p> <p>Die Forscherin übernimmt einfache Tätigkeiten, wie das Betten,</p>

---

etc. Sie erhofft sich davon zu einem temporären Teammitglied zu werden und mitten drin im Geschehen auf der Station zu sein, um zu beobachten was auf der Station getan und gesagt wird.

#### Interviews

Die Forscherin führt die Interviews nach Huberman & Miles (1994). Sie gebraucht drei Fragen, welche wie folgt lauten:

1. Wie ist die Arbeit hier?
2. Was bedeutet es für sie Patienten auf der Station zu haben, welche selbstverletzendes Verhalten zeigen?
3. Wie beeinflusst das andere Patienten?

Die Interviews dauern 30 Minuten bis eine Stunde.

#### Feldnotizen & Journal

Zusätzlich zu den Feldnotizen führt die Autorin ein detailliertes Journal ihrer Gedanken und Reflexionen.

Während die Rolle der Forscherin bei der Datenerhebung beschrieben wird, fehlt deskriptive Klarheit zur Beschreibung von Ort und Teilnehmern. Die Autorin verwendet kein „bracketing“. Die Methoden zur Datenerhebung werden klar beschrieben.

### **Datenanalyse**

Die Daten werden mithilfe der „constant comparative method“ von Hammersley & Atkinson (1983) analysiert. Eine Beschreibung des Entscheidungspfades fehlt. Es ist unklar wie die Daten in Codes transformiert werden. Aus den Daten erarbeitet die Forscherin drei Themen:

1. The essentially busy nature of medical admission units.
2. People who have self-harmed are seen as impeding the functioning of the units by their actions.
3. How nurses cope with this impediment.

#### Being busy

Die Hektik und die immer kürzer werdende Aufenthaltszeit der Patienten führt bei den Pflegenden dazu, dass Patienten mehr und mehr zu Objekten werden. Das Engagement der Pflegenden und auch ihre Fähigkeit eine Beziehung zu den Patienten aufzubauen wird dadurch negativ beeinflusst.

#### Impending the functioning of the ward-slowing down the busyness

Um rentabel zu sein braucht eine Station einen möglichst

---

schnellen Umlauf der Patienten. Viele Patienten welche aufgrund von selbstverletzendem Verhalten hospitalisiert sind, wirken in diesem System als Blockade, da sie eine komplexe Betreuung benötigen. Dies ist für die Pflegenden sehr frustrierend und ruft in ihnen Gefühle des Versagens hervor. Es gibt verschiedene Gründe, welche diese Patienten zu „Blockaden des Systems“ machen. Ein Element ist die Notwendigkeit, dass alle Patienten mit selbstverletzendem Verhalten von einem Psychiater gesehen werden müssen, und somit eine Entlassung dieser Patienten oftmals aufgrund dieser psychiatrischen Abklärung verzögert wird. Viele der Patienten wurden schon etliche Male stationär behandelt und sind den Pflegenden bekannt. Dies kann in den Pflegenden Sympathie, aber auch Frustration und zynisches Verhalten hervorrufen. Den Prozess der Genesung immer und immer wieder mit diesen Patienten zu durchlaufen ist für viele Pflegende frustrierend.

#### Behaviours which slow down the busy-ness

Pflegende beschreiben Verhaltensweisen, die sie als besonders herausfordernd empfinden. Darunter fällt aggressives Verhalten der Patienten. Wenn ein Patient aggressiv wird, braucht dieser mehr Aufmerksamkeit und wird auf der Station sichtbar. Für die Pflegenden, andere Patienten und eventuell auch für den Sicherheitsdienst und die Polizei. Patienten welche nach draussen gehen wollen um zu rauchen, und Patienten welche darauf pochen entlassen zu werden, bevor sie von einem Psychiater gesehen worden sind, stellen ebenfalls eine Herausforderung für die Pflegenden dar. In beiden Fällen spielt die Zeit eine wichtige Rolle. Pflegende fühlen sich für ihre Patienten verantwortlich, so lassen sie einen Patienten beispielsweise nicht alleine nach draussen gehen um zu rauchen, sondern begleiten ihn, oder sie investieren viel Zeit, einen Patienten davon zu überzeugen, auf der Station zu bleiben bis das Gespräch mit dem Psychiater stattgefunden hat. Sie befinden sich im Dilemma zwischen Verantwortungsbewusstsein und Zeitmangel.

Patienten welche aufgrund von selbstverletzendem Verhalten hospitalisiert werden haben in den Augen der Probanden einen

---

---

geringeren Anspruch auf Pflege als andere Patienten, welche aus legitimen Gründen hospitalisiert werden.

Unter den Patienten mit selbstverletzendem Verhalten gibt es allerdings auch Unterscheidungen. Patienten mit physischen Problemen und solche, die in Todesabsicht handelten, werden eher respektiert als andere.

#### Dealing with the difficulties

Während der Studie wurde der Forscherin klar, dass sämtliche Probanden Mühe hatten zu verstehen, warum eine Person Suizid begeht oder selbstverletzendes Verhalten zeigt. Kommentare in diesem Zusammenhang gingen von Traurigkeit, über Verblüffung bis hin zu Wut. Die Pflegenden äusserten in der Studie, nicht die benötigten Fähigkeiten und das Fachwissen zu haben, um diese Patienten betreuen zu können. Es scheint, dass die Anforderung etwas zu tun, was sie nicht können, bei den Pflegenden zu Hilflosigkeit und Abneigung führt, und dass sie aus diesem Grund diese Patientengruppe meiden und sie mit ihren Problemen alleine lassen. Des Weiteren scheinen Pflegende Angst zu haben, mit den Geschichten dieser Patienten konfrontiert zu werden.

#### **Vertrauenswürdigkeit**

In der Studie erfolgt eine Triangulierung nach Quellen/Daten sowie nach Methoden. Eine Triangulierung nach Forscher fehlt, da die Studie von nur einer Forscherin gemacht wurde. Es erfolgt ein „Member Checking“.

#### **Schlussfolgerungen und klinische Implikationen**

Die Forscherin sagt, dass die Abneigung der Pflegenden dieser Patientengruppe gegenüber automatisch auch die Pflege-Patienten-Beziehung beeinflussen muss. Diese Schlussfolgerung scheint naheliegend zu sein, allerdings ist dies aber nicht so aus den Ergebnissen abzuleiten. Die Probanden dieser Studie sind der Meinung, dass sie diese Aufgabe nicht gewählt haben und sie fühlen sich ungenügend geschult und betreut um dieser Aufgabe nachzugehen. In der Studie ist die Ambivalenz der Pflegenden sichtbar. Zum einen fühlen sie sich diesen Patienten gegenüber verantwortlich und andererseits fühlen sie sich hilflos und haben das Gefühl keine Kontrolle über diese Patientengruppe zu haben, was für alle Beteiligten ein Risiko beinhaltet.

Die Limitierung dieser Studie liegt in der geringen Probandenzahl, welche interviewt wurde und darin, dass sehr wichtige

---

	Informationen fehlen, wie beispielsweise die Anzahl und die demographischen Angaben der beobachteten Probanden.
<b>Anwendbarkeit der Studienresultate zur Beantwortung der Fragestellung</b>	Die Studie kommt zu sehr interessanten Erkenntnissen, allerdings fehlen wichtige Informationen zu den Probanden etc., was die Verwendbarkeit der Daten für die vorliegende Arbeit in Frage stellt. Des Weiteren untersucht die Studie vordergründig die Betreuung von Patienten mit selbstverletzendem Verhalten, wodurch ein Wissenstransfer notwendig wird.
<b>Evidenzlevel</b>	4

Tabelle E 5 Studienbeurteilung Studie 5

Jacobson, J. M., Osteen, P., Jones, A. & Berman, A. (2012). Evaluation of the Recognizing and Responding to Suicide Risk Training. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42, 471-485. doi:10.1111/j.1943-278X.2012.00105.x  
Baltimore, USA

<b>Zweck der Studie</b>	<p>Die Studie erfasst Veränderungen in der Haltung, der Sicherheit und Praktik von 452 Probanden, welche am „Recognizing and Responding to Suicide Risk“ (RRSR)-Training teilnahmen und Patienten betreuen, welche suizidgefährdet sind. Die Forscher formulieren dazu folgende Forschungsfragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welche Haltung haben Probanden, die suizidgefährdete Patienten betreuen, vor und nach dem Besuch des RRSR-Trainings?</li> <li>2. Wie sicher fühlen sich die Probanden im Umgang mit diesen Patienten vor und nach dem Besuch des RRSR-Trainings?</li> <li>3. Verwenden die Probanden nach Abschluss des Trainings vermehrt Assessmentinstrumente und führen Sofortinterventionen bei Risikopatienten durch?</li> <li>4. Verbesserte sich die Fähigkeit der Probanden, nach Abschluss des RRSR-Trainings das Suizidrisiko ihrer Patienten einzuschätzen und darauf zu reagieren?</li> <li>5. Besteht bei den Probanden nach Abschluss des RRSR-Trainings das Bedürfnis nach weiteren Schulungen und Trainingsmöglichkeiten zur Thematik des Suizids?</li> </ol>
<b>Literatur</b>	Die Einleitung in die Thematik ist ausführlich. Die Relevanz des Themas wird begründet. Relevante Hintergrundliteratur wird



	eingesehen.
<b>Studiendesign</b>	Es handelt sich um eine quantitative Studie mit Pretest-Posttest-Design und mit einer Follow-up-Messung nach 4 Monaten. Das Design wird von den Autoren beschrieben. Es entspricht der Forschungsfrage.
<b>Stichprobe</b>	<p>An alle 632 Personen, welche sich für das RRSR-Training anmeldeten, wurde per Mail eine Einladung verschickt, an der Studie zu partizipieren. 452 gaben ihr Einverständnis bei der Studie teilzunehmen. Somit kann davon ausgegangen werden, dass es sich um einen Informed Consent handelte.</p> <p>Die demografischen Daten der Probanden werden mithilfe einer Tabelle aufgezeigt. Die Probanden gehören den Berufsgruppen der Berater, Sozialarbeiter, Psychologen, Pflegenden, Psychiatern und Ärzten an. Die meisten der Probanden arbeiten an Schulen und Universitäten, gefolgt von Spitälern und ambulanten psychiatrischen Institutionen.</p>
<b>Ergebnisse (outcomes)</b>	<p>Es fanden drei Messungen statt. Vor der Intervention, unmittelbar nach der Intervention und 4 Monate nach der Intervention. Es wurden folgende Messinstrumente eingesetzt.</p> <p>Haltung</p> <p>Attitudes towards Suicide Prevention scale (ASP), (Herron et al., 2001)</p> <p>Cronbachs Alpha-Koeffizient: 0.85</p> <p>Interne Konsistenz: 0.69</p> <p>Sicherheit</p> <p>Process and Difficult Client Behaviors subscales of Counseling Self-Estimate Inventory (COSE), (Larson et al., 1992)</p> <p>Interne Konsistenz:     0.71 Process Subscale                                   0.80 Difficult Client Behavior Subscale</p> <p>Suicide Behavior Attitude Questionnaire (SBAQ)</p> <p>Cronbachs Alpha-Koeffizient: 0.82</p> <p>Clinical Risk Management Scale</p> <p>Cronbachs Alpha-Koeffizient: 0.88</p>

Abgeänderte Version der STORM Training Survey (Gask et al., 2006)

Keine Angaben.

Einschätzung der Suizidgefährdung und der Notfallinterventionen

Teile des Fragebogens von Gask et al. (2006)

Keine Angaben.

Assessment of Suicide Risk Scale

Cronbachs Alpha-Koeffizient: 0.90

Assessment of Suicide Intent Scale

Cronbachs Alpha-Koeffizient : 0.91

Sofortinterventionen bei akuter Suizidgefährdung

Modifizierte Version des Fragebogens von Gask et al. (2006).

Diese wird von den Autoren „the Immediate“ genannt.

Cronbachs Alpha-Koeffizient: 0.77

Suicide Risk Management Scale

Keine Angaben.

3 Fallbeschreibungen:

- „Ralph“: 54-jährig, weist Risikofaktoren und Warnzeichen für einen Suizid aus (Bipolare Erkrankung, Substanzabusus, psychische Krankheiten in der Familie, kürzliche Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Suizidgedanken, Stimmungsschwankungen, nicht adhärent bezüglich Medikamenteneinnahme).  
Inter-rater reliability: 0.99
- „Barbara“: 20-jährig, weist die Risikofaktoren Depression, mangelndes Coping, vergangene Suizidversuche, kürzliche Überdosis, Stress, impulsives Benehmen und Schlafstörungen auf.  
Inter-rater reliability: 0.79

- „Tom“: 19-jährig, welcher Suizidrisikofaktoren und Warnzeichen aufweist (Stationäre psychiatrische Behandlungen, Substanzabusus, Gewalttätigkeit, Einsamkeit, keine soziale Unterstützung, erwerbslos, Hoffnungslosigkeit, Wut).  
Inter-rater reliability: 0.99

Die Probanden identifizieren nach dem Lesen der Fallbeispiele die chronischen und akuten Risikofaktoren, sowie Ressourcen und machen aufgrund dessen eine Aussage betreffend des Suizidrisikos. Es erfolgt eine Unterteilung in geringes, mässiges und hohes Suizidrisiko.

#### Weitere Schulung/Training

4 Fragen, welche auf einer 4-Punkte-Skala bewertet werden konnten.

Keine Angaben.

Bezüglich Reliabilität geht die Verfasserin dieser Arbeit davon aus, dass Alpha-Koeffizienten über 0.7 als reliabel gelten. Somit sind alle Messungen in dieser Studie, bei denen ein Alpha-Koeffizient angegeben wird, reliabel.

Zur Validität der Messungen konnten keine Angaben gefunden werden.

#### **Massnahmen**

Das RRSR-Trainingsprogramm wurde als Best Practice vom Suicide and Prevention Resource Center entwickelt. Es handelt sich um ein intensives 2-tägiges Training, welches sehr praxisnahe ist. Die Teilnehmer lernen spezifische Strategien um das Suizidrisiko ihrer Patienten einzuschätzen. Des Weiteren werden die Teilnehmer darauf aufmerksam gemacht, für suizidgefährdete Patienten andere Möglichkeiten als eine Hospitalisation in Betracht zu ziehen.

Zwischen 2008 und 2009 wurde es den Teilnehmern in 31 Trainingssequenzen ermöglicht an der Studie teilzunehmen. Am ersten Trainingstag wurden 332 der Probanden aufgefordert auf eine Fallbeschreibung zu antworten, welche einen suizidgefährdeten Patienten beschreibt. Nach Ende des Trainings

---

	<p>bearbeiteten die Probanden eine zweite Fallbeschreibung. 4 Monate nach dem Trainingsprogramm wurden die Probanden mittels eines Mails dazu eingeladen, eine dritte Fallbeschreibung zu beantworten. 194 der Probanden haben alle drei Messungen gemacht.</p> <p>Es fehlen Angaben, weshalb lediglich 332 Probanden an der Studie teilnehmen konnten, obschon sich 452 dazu bereit erklärt haben. Zudem ist unklar, wie viele Probanden bei der zweiten Messung beteiligt waren.</p> <p>Die Beschreibung der Massnahme (RRSR-Training) fällt kurz aus. Die Frage nach einer Kontaminierung entfällt. Es wird nicht angegeben ob Ko-Interventionen vermieden wurden.</p>
<b>Ergebnisse</b>	<p>Die Ergebnisse sind sehr ausführlich dargestellt. Mean, Standardabweichung und p-Wert werden im Text genannt. Einzelne Resultate werden mithilfe von Tabellen veranschaulicht. Die Studie zeigt, dass das RRSR-Training positive Auswirkungen hat auf die Haltung gegenüber Suizidprävention, die Sicherheit in der Betreuung der Patienten sowie auf die Praktik. Die positiven Auswirkungen sind nachhaltig, so konnten die Autoren auch in der Follow-up Messung zeigen, dass die Scores weiter stiegen. Die gemessenen Werte für das Assessment der Suizidgefährdung sowie für Sofortinterventionen bei Suizidrisiko haben sich nicht signifikant verändert. Die Ausgangswerte waren jeweils schon sehr positiv, und obwohl es durch das Trainingsprogramm zu einem Anstieg des Scores kam, war dieser nicht signifikant. Die Datenanalyse erfolgt mit dem PASW/SPSS v. 18 (2009) Programm. Um die Hypothese zu testen, dass zwischen den einzelnen drei Testphasen kein Unterschied besteht, wurden Varianzanalysen durchgeführt. Dieses Analyseverfahren macht Sinn.</p> <p>Es schieden Teilnehmer aus der Studie aus, es werden allerdings keine Gründe dafür angegeben. Die Autoren führten in Fällen der Ausscheidung jedoch Analysen durch.</p>
<b>Schlussfolgerungen und klinische Implikationen</b>	<p>Dass sich die Haltungen durch Schulungsprogramme verbessern können, haben bereits andere Studien gezeigt. Allerdings konnte dort nicht immer ein nachhaltiger Effekt gemessen werden, wie es in dieser Studie der Fall war.</p> <p>Die praktischen Skills, welche die Probanden im</p>

---

	<p>Trainingsprogramm erworben haben, wurden mittels der Fallbeschreibungen geprüft. Da die Probanden ihre Skills dort gut anwenden konnten, gehen die Autoren davon aus, dass sie dies auch in der Realität können.</p> <p>Als Limitierung sehen die Autoren die Dauer des Trainings. Das in der Studie angebotene Trainingsprogramm dauert zwei Tage. Es mag somit nicht für alle möglich sein, dieses Trainingsprogramm zu besuchen. Die Autoren erachten es daher für notwendig, dass nachfolgende Studien die unterschiedlichen Effekte von kurzen und langen Trainingsprogrammen untersuchen.</p> <p>Um die Skills des Personals zu verbessern, soll es Informationen erhalten und ein Trainingsprogramm angeboten bekommen, um die Gelegenheit zu haben Skills zu praktizieren, Feedback zu erhalten und Handlungen zu evaluieren. Wichtig für zukünftige Forschung ist, zu wissen, dass die Haltung und das Verhalten in Beziehung zueinander stehen.</p> <p>Diese Studie unterstützt die Evidenz des RRSR-Trainingsprogrammes.</p> <p>Die Schlussfolgerungen der Autoren sind im Hinblick auf die Studienresultate angemessen.</p>
<b>Anwendbarkeit der Studienresultate zur Beantwortung der Fragestellung</b>	<p>Die Qualität dieser Studie ist hoch. Die Erkenntnisse sind zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit geeignet.</p> <p>Aus den Resultaten geht leider nicht hervor, wie der Effekt dieses Trainings bei Pflegenden ist, da die Resultate allgemein ausgewiesen werden. Der Einbezug von anderen Berufsgruppen als Pflegende ist in der Auswertung zu beachten.</p>
<b>Evidenzlevel</b>	3

Tabelle E 6 Studienbeurteilung Studie 6

<p><b>Keogh, B., Doyle, L. &amp; Morrissey, J. (2007). Suicidal Behaviour. A study of emergency nurses' educational needs when caring for this patient group. <i>Emergency nurse</i>, 15, 30-35.</b></p> <p><b>Dublin, Irland</b></p>	
<b>Zweck der Studie</b>	Die Studie untersucht das Schulungsbedürfnis von Notfallpflegenden, welche Patienten mit suizidalem Verhalten betreuen.
<b>Literatur</b>	Die relevante Hintergrundliteratur wurde gesichtet. Die Autoren

---

	rechtfertigen die Notwendigkeit der Studie mit früheren Studienergebnissen, welche zeigen, dass Pflegende sich unsicher fühlen im Umgang mit suizidalen Patienten und Schulung benötigen.
<b>Studiendesign</b>	Das Studiendesign wird von den Forschern nicht genannt. Es handelt sich um ein qualitativ, deskriptives Design. Die Autoren beschreiben, dass sie anfänglich ein qualitatives Design mit Fokus-Gruppen planten, dass dies aber aus Zeitmangel und ethischen Gründen nicht gemacht wurde.
<b>Stichprobe</b>	Bei der Stichprobe handelt es sich um ein Convenience Sample aus zwei grossen Ausbildungsspitalern der Republik Irland. In einer Tabelle werden Angaben zum Ausbildungsstand, zur Berufserfahrung und zum Kontakt mit suizidalen Patienten angegeben. Das Sample besteht aus 42 Notfallpflegenden. Ob ein Informed Consent eingeholt wurde, ist unklar. Die Zustimmung des Ethikkomitees wird erwähnt.
<b>Datenerhebung</b>	Die Daten wurden mittels eines 15-teiligen Fragebogens erhoben, welcher offene und geschlossene Fragen erhält. Der Fragebogen wird in der Studie aufgeführt und erläutert. Zwei Experten für Notfallpflege überprüften den Fragebogen auf Inhaltsvalidität. Das Ergebnis dieser Überprüfung wird jedoch nicht genannt.
<b>Datenanalyse</b>	<p>Quantitative Daten des Fragebogens wurden mit einer deskriptiven Statistik analysiert. Die Analyse fällt sehr einfach aus. Die Forscher weisen lediglich Prozentzahlen und absolute Zahlen aus, sowie der Range und das arithmetische Mittel der Berufserfahrung. Die qualitativen Daten wurden gemäss Forschern mit einer thematischen Analyse ausgewertet. Die Analyse ist nicht überprüfbar, da die Autoren keine Entscheidungspfade und Regeln angeben. Die Autoren führen keine Zitate auf, womit die Überprüfung der Transformation von Aussagen in Codes möglich wäre.</p> <p>Es ergaben sich vier Schlüsselthemen:</p> <p><u>Knowledge of suicide and suicidal behaviour</u></p> <p>Pflegende wünschen sich ein tieferes Verständnis für die Psychopathologie des Suizides. Sie brauchen Informationen zu psychischen Krankheiten und zur Thematik, wieso Patienten suizidal werden. Des Weiteren wünschen sie sich Schulung wie</p>

---

---

suizidales Verhalten erkannt werden kann, und wie ein sicheres Umfeld für die Patienten geschaffen werden kann.

#### Suicide risk assessment

Pflegende wünschen sich Informationen um Warnzeichen der Suizidalität zu erkennen, um psychologische Assessments führen zu können und Patienten auf das Thema Suizid ansprechen zu können.

#### Intervention strategies for suicidal behaviour

Pflegende sehen Kommunikationsfähigkeiten und zwischenmenschliche Fähigkeiten als unerlässlich im Umgang mit suizidalen Patienten.

Die Probanden fanden, dass sie diese Fähigkeiten nicht besitzen und diese unbedingt erlangen müssen.

Die Probanden waren sich einig, dass es wichtig ist, sich Zeit für die Patienten zu nehmen. Da dies im Arbeitsalltag aber nicht immer möglich ist, führten die Pflegenden andere Interventionen durch. So beispielsweise die Beobachtung der Patienten und die Gewährleistung einer sicheren Umgebung.

#### Nature of intervention after suicidal behaviour has occurred /postvention

Suizidales Verhalten kann sich auf die Familie des Patienten und die Pflegenden auswirken. Die Probanden wünschen sich daher Schulung, um den Patienten und dessen Familie betreuen zu können. Ein Grossteil der Probanden war der Meinung, dass Inputs von Psychiatriepflegenden oder Psychiatern hilfreich wären, um das Fachwissen und die Skills der Notfallpflegenden zu erweitern.

<b>Schlussfolgerungen und klinische Implikationen</b>	Die Autoren vergleichen ihre Resultate mit Ergebnissen anderer Studien. Dabei können sie eine Übereinstimmung der Resultate feststellen. Die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar.
<b>Anwendbarkeit der Studienresultate zur Beantwortung der Fragestellung</b>	Diese Studie weist keine hohen Qualitätsmerkmale auf und ist sehr einfach aufgebaut. Aufgrund von fehlenden Informationen kann keine klare Aussage über die Güte dieser Studie gemacht werden. Die Daten decken sich zwar mit den Erkenntnissen von anderen Studien, und liefern auf die zweite Teilfrage der

	Forschungsfrage eine Antwort, sie müssen aber mit Vorsicht behandelt werden.
<b>Evidenzlevel</b>	5

**Tabelle E 7 Studienbeurteilung Studie 7**

**Mc Laughlin, C. (1994). Casualty nurses' attitudes to attempted suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 1111-1118.**

**Londonderry, Nordirland**

<b>Zweck der Studie</b>	<p>Diese Studie untersucht die Haltung von Pflegenden, die in Akutspitälern tätig sind, gegenüber Patienten, die aufgrund eines Suizidversuches hospitalisiert wurden. Des Weiteren soll untersucht werden ob das Alter der Pflegenden oder deren Berufserfahrung einen Einfluss auf die Haltung haben.</p> <p>Die Forscherin stellt folgende Hypothesen auf:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ältere Pflegende (31 Jahre und älter) haben eine negativere Haltung den Patienten gegenüber als jüngere Pflegende (30 Jahre und jünger).</li> <li>2. Erfahrenere Pflegende (5 Jahre und mehr) haben eine negativere Haltung als Pflegende mit weniger Arbeitserfahrung (unter 5 Jahren).</li> </ol> <p>Die Hypothesen, als auch das Ziel der Studie werden klar formuliert.</p>
<b>Literatur</b>	<p>Mc Laughlin begründet die Relevanz der Fragestellung ausführlich und basiert ihre Erklärung auf den Erkenntnissen von früheren Studien. Sie zeigt die Erkenntnisse der bisherigen Forschung auf.</p>
<b>Studiendesign</b>	<p>Es handelt sich um eine quantitative Studie mit Querschnittsdesign. Dieses ist für die Fragestellung geeignet.</p>
<b>Stichprobe</b>	<p>Die Autorin verteilte 142 Fragebogen. Diese wurden per Mail an Pflegende aus 11 Spitälern gesendet. Die Autorin listet auf, welche Institution wie viele Anfragen bekam, allerdings ist nicht beschrieben, auf Grund welcher Kriterien die Autorin die Stichprobenauswahl so gestaltete. Zur Teilnahme angefragt wurden nur „Part 1“-Pflegende des Pflegeregisters. Die Autorin beschreibt nicht weiter, was „Part 1“ in diesem Zusammenhang bedeutet. In den Institutionen arbeiten ungefähr 200 Pflegende, wieso die Autorin nur 142 Fragebogen verteilte ist nicht klar und wird nicht begründet.</p>



	<p>Die demografische Daten der Probanden werden aufgezeigt.</p> <p>Die Forscherin erwähnt nicht, ob bei den Probanden ein Informed Consent eingeholt wurde. Allerdings ist davon auszugehen, dass diese Pflegenden, welche den Fragebogen ausgefüllt und retourniert haben, mit der Teilnahme an der Studie einverstanden waren. Das Ethik-Verfahren wird nicht beschrieben.</p>
<b>Datenerhebung</b>	<p>Zur Datenerhebung wird ein Fragebogen verwendet, welcher eine Auswahl von Fragen aus dem Suicide Opinion Questionnaire (SOQ) von Domino et al. (1982) erhält.</p> <p>Der Fragebogen besteht aus 14 Aussagen, welche auf einer Likert Scale von 1 bis 5 („strongly disagree“ bis „strongly agree“) bewertet werden können.</p> <p>Die Auswahl der Aussagen wird von der Autorin begründet und ist nachvollziehbar. Des Weiteren werden Daten generiert, indem die Pflegenden die Dringlichkeit von Pflegeinterventionen für vier fiktive Patienten einschätzen müssen.</p> <p>Zusätzlich wurden die Pflegenden gefragt, wie oft sie in der Pflege von Patienten nach Suizidversuch abwertende Kommentare über einen Patienten gehört haben.</p> <p>Der gesamte Fragebogen ist im Anhang der Studie aufgeführt, womit die Datenerhebung transparent wird.</p>
<b>Massnahmen</b>	Entfällt.
<b>Ergebnisse (Outcomes)</b>	<p>Beide Hypothesen werden widerlegt.</p> <p>Ältere wie auch jüngere Pflegende haben eine positive Haltung gegenüber Patienten nach einem Suizidversuch. Ältere Pflegende haben aber eine leicht positivere Haltung als jüngere Pflegende. Auch Pflegende mit mehr Arbeitserfahrung weisen eine positivere Haltung aus.</p> <p>Bezüglich der Dringlichkeit einer Behandlung sagten 13% der Pflegenden mit Arbeitserfahrung unter 5 Jahren und 15% der Pflegenden mit Arbeitserfahrung über 5 Jahren dass ein Patient, welcher aufgrund einer Überdosis eingeliefert wird, keine Notfallintervention benötigt. Währenddessen schätzen die Pflegenden einen übergewichtigen Patienten, der das dritte Mal aufgrund von Brustschmerzen hospitalisiert wird, als dringenden bis höchst dringenden Fall ein. Die Resultate erreichen allerdings keine statistische Signifikanz.</p> <p>Die Mehrheit aller Probanden hörte bereits den Satz „Why does</p>

	<p>he never do it right and save us a lot of trouble.“</p> <p>Die Ergebnisse werden übersichtlich in Tabellen veranschaulicht, die p-Werte werden aufgeführt.</p> <p>Unabhängige Variablen sind das Alter der Probanden sowie die Berufserfahrung der Probanden. Die Beziehungen zwischen den unabhängigen Variablen und den abhängigen Variablen wurden in einem Chi-Square-Test ermittelt. Zudem wurde eine ANOVA durchgeführt.</p>
<b>Schlussfolgerungen und klinische Implikationen</b>	<p>Pflegende mit mehr Berufserfahrung haben wahrscheinlich mehr Patienten gepflegt, welche aufgrund eines Suizidversuches hospitalisiert wurden, als Pflegende mit weniger Berufserfahrung. Patienten nach einem Suizidversuch sehnen sich nach jemandem, der sich um sie sorgt. Es könnte sein, dass Pflegende mit mehr Berufserfahrung dies eher erkennen und dadurch empathischer sind.</p> <p>Bezüglich der Einschätzung der Dringlichkeit von unterschiedlichen Patienten, scheinen Pflegende des Akutspitals mehr auf die physische Ebene fokussiert zu sein, als auf die psychische.</p> <p>Die Autorin erwähnt die Limitationen der Studie. Die Güte des SOQ braucht anhand der Studienresultate untersucht zu werden. Die Wahrscheinlichkeit eines Typ-2-Fehlers in beiden Hypothesen darf nicht unterschätzt werden. Eine weitere Limitation ist, dass die Resultate nur mittels des Fragebogens generiert wurden und nicht durch Interviews oder Beobachtung.</p> <p>Die Autorin musste aus zeitlichen und finanziellen Gründen auf die Interviews und Beobachtung verzichten, sagt aber, dass diese Untersuchungsmethoden in weiteren Studien unbedingt eingesetzt werden sollen.</p>
<b>Anwendbarkeit der Studienresultate zur Beantwortung der Fragestellung</b>	<p>Die Studie passt bezüglich Setting, Population und Phänomen auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit. Das Alter der Studienresultate ist nur bedingt ein Problem, da das untersuchte Phänomen wenig zeitabhängig ist.</p> <p>Die Studie ist grundsätzlich gut, die Probanden sowie das Vorgehen werden klar beschrieben und sind nachvollziehbar. Trotzdem weist die Studie Limitationen auf, welche beachtet werden müssen, so das Risiko eines Typ-2-Fehlers und die Neuheit dieser Untersuchungsart in Nordirland, welche gemäss</p>

	Mc Laughlin zu einem zu guten Resultat führen könnte.
<b>Evidenzlevel</b>	4

Tabelle E 8 Studienbeurteilung Studie 8

**Samuelsson, M. & Asberg, M. (2002). Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes to attempted suicide patients. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 115-121.**

**Stockholm, Schweden**

<b>Zweck der Studie</b>	Die Studie misst die Kurzzeiteffekte eines Trainingsprogrammes zur Suizidprävention bei Psychiatriepflegenden.
<b>Literatur</b>	Die relevante Hintergrundliteratur wurde von den Autoren eingesehen und wird beschrieben. Die Autoren begründen die Notwendigkeit der Studie anhand von Studienresultaten über die Haltung von Pflegenden, welche alle zum Schluss kamen, dass Pflegende bezüglich Suizidprävention geschult werden müssen.
<b>Studiendesign</b>	Es handelt sich um eine quantitative Studie mit Pretest-Posttest-Design. Dieses Design ist insofern geeignet, da man damit keinem Teilnehmer die Schulung vorenthalten muss. Um wirklich herauszufinden welchen Effekt das Training hat, wäre aber eine Studie mit Kontrollgruppe nötig.
<b>Stichprobe</b>	Die Stichprobe besteht aus 47 Psychiatriepflegenden, welche alle aus eigenem Interesse am Schulungsprogramm teilnehmen. Die Autoren schreiben, dass sich die Pflegenden für den Kurs anmeldeten, dass die Endauswahl der Probanden aber von dem Leiter des Departements getroffen wurde. Wahrscheinlich handelt es sich bei dieser Auswahl um die Einteilung der Probanden in die Gruppen A und B. Gruppe A umfasst 24 Pflegende, Gruppe B deren 23. Die Probanden werden im Text beschrieben, demografische Daten werden genannt. Ob Informed Consent eingeholt wurde ist nicht bekannt. Die Studie erhielt die Zustimmung des Ethikkomitees.
<b>Ergebnisse (Outcomes)</b>	Es wurden zwei Messungen durchgeführt. Zur Datenerhebung wurden zwei Instrumente eingesetzt. Beim ersten handelt es sich um den Understanding of Suicide Attempt Patients Scale (USP), welcher sich in früheren Studien von Samuelsson et al. (1997 a, b) bewährt hat. Jede Aussage

wird auf einer 4-point Likert Scale bewertet, von „I agree completely“ bis „I disagree completely“.

Das zweite Messinstrument besteht aus drei Patientenbeispielen, welche auf wahren Patientengeschichten beruhen. Bei den Patientenbeispielen handelt es sich um dieselben wie in der Studie von Samuelsson et al. (1997).

Den Probanden wurden nach dem Fall „Karin“, „Karl“ und „Hans“ jeweils dieselben drei Fragen gestellt. Die Fragen werden nicht explizit genannt, ihr Inhalt wird aber kurz erläutert. Anhand dieser Erklärung ist anzunehmen, dass es sich um dieselben Fragen handelt wie in der Studie von Samuelsson et al. (1997), (siehe Tabelle E 9). Die Probanden mussten die Fragen auf einer Visual Analogue Scale (VAS) beantworten, welche von 0 bis 100mm reicht.

Zusätzlich wurden die Probanden nach jedem Fall gefragt, ob der Psychiater ihrer Meinung nach die richtige Entscheidung getroffen hat, den Patienten zu entlassen.

Um die Reliabilität des Messinstrumentes darzulegen, wird eine Item Analyse nach Spector (1992) durchgeführt. Cronbachs Alpha-Koeffizient beträgt 0.85 vor dem Trainingsprogramm. Nach dem Trainingsprogramm beträgt der Koeffizient 0.69. Die Autoren sehen dafür die kleinere Varianz während dem Assessment nach dem Trainingsprogramm als möglichen Grund.

Grundsätzlich sprechen Werte ab 0.70 für eine zuverlässige Messung. Der Wert von 0.69 entspricht nur knapp nicht dem Kriterium und kann somit akzeptiert werden.

#### **Massnahmen**

Das Trainingsprogramm besteht aus 12 Einheiten. Jede Einheit beginnt mit einer 2-stündigen Vorlesung welche von einem extern geladenen Spezialist gehalten wird. Die Vorlesungen beleuchten verschiedene Aspekte der Suizidalität, so beispielsweise den sozialen, biologischen, psychodynamischen, psychiatrischen oder ethischen Aspekt. Nach der Vorlesung folgt eine einstündige Diskussion in kleineren Gruppen zur voran besprochenen Thematik. Insgesamt dauert das Trainingsprogramm 36 Stunden. Es wurden zwei Trainingsprogramme abgehalten. Gruppe A, besuchte das Programm von 1992-1993, Gruppe B von 1995-1996. Die Massnahme wird detailliert beschrieben. Die Vermeidung einer Kontamination entfällt. Ko-Interventionen

	werden nicht erwähnt.
<b>Ergebnisse</b>	<p>44 der 47 Probanden füllten den Fragebogen vollständig aus. Es konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden zwischen Gruppe A und B in der Befragung vor dem Trainingsprogramm. Verglichen mit einer Gruppe von Pflegenden, welche Samuelsson 1997 im Rahmen einer Studie untersuchte, weisen die Probanden der aktuellen Studie eine signifikant positivere Haltung gegenüber den Patienten auf.</p> <p>Gruppe A und B weisen nach dem Trainingsprogramm einen signifikant tieferen USP Score aus als vorher. Dies bedeutet, dass sie Patienten, die einen Suizidversuch begangen haben, mit mehr Empathie begegnen.</p> <p>Die Antworten der Fallbeispiele, die das Verständnis für die Handlung der Patienten, den Wille die Patienten zu pflegen und die Einschätzung des Suizidrisikos untersuchten, liefern weniger signifikante Werte. Einzig in der Einschätzung des Suizidrisikos konnten in zwei der drei Patientenfälle signifikant bessere Werte erzeugt werden. Auf die Frage, ob der Psychiater richtig gehandelt hat, die Patienten nach Hause zu entlassen, antworteten nach dem Trainingsprogramm signifikant weniger Probanden mit „ja“ als vor der Intervention.</p> <p>Nach dem Trainingsprogramm erachten es signifikant mehr Pflegende für nötig, dass ein Patient psychiatrische Betreuung erhält. Vor dem Trainingsprogramm wünschten sich 77% der Probanden mehr Training, nach dem Trainingsprogramm sind es immer noch 55% der Probanden.</p> <p>Die Resultate werden in Ergänzung zum Text mithilfe von Tabellen dargestellt. Die Tabellen sind übersichtlich, beschriftet und beinhalten die Werte aus den Analysemethoden.</p> <p>Unterschiede in den VAS und USP-Scores vor und nach der Trainingseinheit wurden anhand eines ungepaarten t-Tests analysiert. Diese Analysemethode ist gut dazu geeignet. Um die Anonymität der Probanden zu gewährleisten, können keine individuellen Antworten vor und nach der Intervention verglichen werden, ein gepaarter t-Test ist somit nicht möglich. Um die Unabhängigkeit zwischen einzelnen Aussagen zu testen, wurde ein Chi-Quadrat-Test gemacht.</p> <p>Es werden keine Fälle von Ausscheiden angegeben.</p>

<b>Schlussfolgerungen und klinische Implikationen</b>	<p>Die Limitationen der Studie liegen in der kleinen Probandenzahl und in der Absenz einer wirklichen Kontrollgruppe, welche 36 Stunden über ein anderes Thema geschult worden wäre.</p> <p>Die Autoren wissen nicht genau, ob die gemessenen Veränderungen wirklich aufgrund des Trainingsprogrammes zustande gekommen sind. Es könnte auch sein, dass die Pflegenden den Fragebogen nach dem Trainingsprogramm anders ausfüllten, da sie dachten, dies werde von ihnen erwartet. Um dies herauszufinden wäre ein Pretest-Posttest-Design mit Kontrollgruppe notwendig. Der Fakt, dass die Autoren aber in Gruppe A und B dieselben Ergebnisse erzielten, spricht für einen Effekt des Trainingsprogrammes.</p> <p>In den Patientenbeispielen war auffallend, dass sowohl das Verständnis, als auch der Wille diese Person zu pflegen für den depressiven Patienten am höchsten war. Auch das Suizidrisiko wurde bei diesem Patienten am höchsten eingeschätzt. Dieses Resultat stimmt überein mit der Aussage von Ramon et al.(1975), welcher sagt, dass Pflegende mehr Sympathie und Hilfsbereitschaft gegenüber Patienten zeigen, bei denen depressive Motive im Vordergrund standen.</p> <p>Die Autoren denken, dass Schulung, Supervision und Mentoring der Pflegenden ein guter Weg sein könnte, um die Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch zu verbessern. Des Weiteren erwähnen die Autoren, dass eine Follow-Up Studie interessant wäre, um die Langzeitwirkung der Schulung zu untersuchen.</p> <p>Die Schlussfolgerungen der Autoren sind sehr interessant. Sie greifen alle Untersuchungsergebnisse auf, und versuchen diese anhand von Fachliteratur zu erklären.</p>
<b>Anwendbarkeit der Studienresultate zur Beantwortung der Fragestellung</b>	<p>Die Studie ist von guter Qualität, das Vorgehen klar beschrieben.</p> <p>Die Autoren kommen zu interessanten Erkenntnissen für die Praxis.</p> <p>Ein 36-stündiges Trainingsprogramm ist sehr aufwändig und wahrscheinlich schwer in den Spitalalltag integrierbar.</p> <p>Erstaunend ist, dass selbst nach einem 36-stündigen Trainingsprogramm noch über die Hälfte aller Probanden weitere Schulungen wünschen. Hiermit stellt sich die Frage, was man an diesem Trainingsprogramm verändern müsste, damit sich anschliessend die Meisten der Probanden genügend geschult</p>

	<p>fühlen. Die Idee von einer Supervision und einem Mentoringprogramm scheint hilfreich und gut durchführbar. Da psychiatrische Pflegenden untersucht wurden muss ein Wissenstransfer erfolgen.</p>
<b>Evidenzlevel</b>	3

Tabelle E 9 Studienbeurteilung Studie 9

**Samuelsson, M., Sunbring, Y., Winell, I. & Asberg, M. (1997). Nurses' Attitudes to Attempted Suicide Patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 11, 232-237. Östergötland, Schweden**

<b>Zweck der Studie</b>	Diese Studie hat zum Ziel die Haltung von Pflegenden im Akutspital gegenüber Patienten, welche einen Suizidversuch begangen haben, zu untersuchen. Die Resultate werden mit denen von Psychiatriepflegenden verglichen.
<b>Literatur</b>	Die relevante Hintergrundliteratur wurde von den Autoren eingesehen und wird beschrieben. Die Notwendigkeit dieser Studie ergibt sich aus widersprüchlichen Resultaten von vorherigen Studien. In dieser Studie soll ein neues Instrument zur Messung der Haltung von Pflegenden eingesetzt werden.
<b>Studiendesign</b>	Es handelt sich um eine quantitative Studie mit einem 2-Gruppen-Vergleichs-Design. Das Design ist geeignet, da es dazu dient zu erforschen, worin sich zwei Gruppen von Personen unterscheiden.
<b>Stichprobe</b>	<p>Es handelt sich um eine randomisierte Stichprobe. 102 Pflegenden, welche auf der Intensivpflegestation, auf der Notfallstation und auf einer medizinischen Station des Spitals Östergötland arbeiten, wurden per Zufall ausgewählt. Dabei handelte es sich auf jeder Station um die Hälfte der Pflegenden.</p> <p>Zudem wurden alle Pflegenden aus zwei verschiedenen psychiatrischen Stationen ausgewählt, welche bereits Patienten nach einem Suizidversuch betreut haben. Dabei handelt es sich um 52 Pflegende.</p> <p>Die Anzahl der an der Studie beteiligten Pflegenden ist klar. Unklar ist allerdings, wie viele der 102 Probanden auf der Intensivpflegestation, wie viele auf der Notfallstation und wie viele auf der medizinischen Station arbeiten. Von den 160 befragten Pflegenden, retournierten 129 den Fragebogen, davon 79 aus dem Allgemeinspital und 50 aus der psychiatrischen Pflege. Es</p>

fehlen wichtige demografische Angaben zu den Probanden, als auch Angaben über deren Ausbildung und Berufserfahrung. Die Stichprobengröße wird nicht begründet. Es wird nicht erwähnt, ob ein Informed Consent der Teilnehmenden eingeholt worden ist. Die Studie wurde genehmigt vom ethischen Komitee der gesundheitswissenschaftlichen Fakultät der Universität Linköping.

#### **Datenerhebung**

Zur Datenerhebung wurden zwei Instrumente eingesetzt. Zum einen ein 17-teiliger Fragebogen, welcher auf der Basis von einem 41-teiligen Fragebogen von Sukas und Lönnqvist (1989) entwickelt wurde. Der Fragebogen wird als „Understanding of Suicide Attempt Patients Scale“, kurz „USP-Scale“ bezeichnet. Die Fragen/Statements beziehen sich auf das Verständnis der Pflegenden, auf ihre Motivation und auf ihr Fachwissen bezüglich dieser Patientengruppe. Jedes Statement kann von den Pflegenden auf einer 4-Punkt Likert Skala bewertet werden, von „I agree completely“ bis „I disagree completely“.

Zum anderen wurden drei kurze Fallbeschreibungen verwendet, welche auf realen Patientengeschichten basieren.

Am Ende jeder Fallbeschreibung wurden den Probanden drei Fragen gestellt, welche folgendermassen lauteten:

1. Is the patient someone whose problems you can understand?
2. If the patient were hospitalized, would you like to be his or her key nurse?
3. How do you estimate the risk that the patient will commit suicide?

Die Probanden konnten die Fragen beantworten, indem sie auf einer visuellen Analogskala von 0 bis 100mm ihre Angabe machten. Bei Frage 1 reichte die Skala von „not at all“ bis „very well“, bei Frage 2 von „absolutely not“ bis „gladly“ und bei Frage 3 von „very low“ bis „very high“.

Nach jedem Fallbericht wurden die Probanden gefragt, ob der Psychiater die richtige Entscheidung traf, die Patienten zu entlassen. Im folgenden werden die drei Fallberichte beschrieben:

##### Karin

45-jährige Patientin, leidet unter Alkoholabusus, wird eingeliefert nachdem sie eine Überdosis Benzodiazepin eingenommen hat.

Die Patientin streitet suizidale Gedanken ab. Sie wurde ohne



	<p>psychiatrische Abklärungen entlassen.</p> <p>Hans</p> <p>21-jähriger Patient, wird eingeliefert, nachdem er sich in betrunkenem Zustand die Pulsadern aufgeschnitten hat. Er ist eifersüchtig aufgrund einer Beziehung, welche 6 Monate zuvor in die Brüche ging. Hans wurde ohne psychiatrisches Gutachten entlassen.</p> <p>Karl</p> <p>46-jähriger Patient, wird eingeliefert nachdem er sich in seinem Auto eine Kohlenmonoxidvergiftung zugezogen hat. Leidet an einer Depression. Psychiatrische Abklärung fand statt.</p> <p>In den Fallberichten fehlt absichtlich die Angabe, dass inzwischen alle drei Patienten an Suizid verstorben sind.</p> <p>Die Fallbeschreibungen eignen sich als Mittel zur Datenerhebung und repräsentieren die Praxis gut.</p> <p>Der Fragebogen wurde mit einer Pilotstudie überprüft. Die Aussagen des Fragebogens, welche von Domino et al. (1982) übernommen wurden, haben sich als valide und reliabel herausgestellt.</p>
<b>Massnahmen</b>	Entfällt.
<b>Ergebnisse (Outcomes)</b>	<p>Es erfolgte eine Messung, nachdem die Pflegenden in der Praxis mit dem Thema Suizidversuch konfrontiert wurden.</p> <p>Die Pflegenden des Akutspitals erzielten signifikant höhere USP-Werte als die Pflegenden der Psychiatrie, was bedeutet, dass die Psychiatriepflegenden den Patienten gegenüber emphatischer sind. Das Geschlecht der Probanden hatte bei den Untersuchungen keinen Einfluss. Die USP-Werte sanken leicht, aber dennoch signifikant, mit steigendem Alter. Auch mit zunehmender Arbeitserfahrung sanken die Werte, allerdings nicht signifikant. Pflegende welche oft Patienten nach einem Suizidversuch betreuen, haben eine signifikant positivere Haltung dieser Patientengruppe gegenüber als andere Pflegende. Als signifikant gelten bei der Datenerhebung mittels USP-Skala p-Werte unter 0.001.</p> <p>Bezüglich der Fallberichte zeigten die Pflegenden aus der Psychiatrie positivere Haltungen bezüglich dem Verständnis und</p>

dem Fachwissen allen drei Patienten gegenüber.  
58% der Psychiatriepflegenden waren der Meinung, dass Patienten nach einem Suizidversuch psychologisch gut betreut werden, während im Akutspital nur 30% diese Meinung teilten ( $p < 0.01$ ).  
1/3 der Pflegenden der Psychiatrie und 2/3 der Pflegenden des Akutspitals wünschten sich mehr Übung im Bezug auf die Betreuung dieser Patientengruppe ( $p < 0.001$ ). Die Resultate werden von den Forschern in Tabellen dargestellt. Die statistische Signifikanz ist jeweils angegeben. Die Analysemethoden waren geeignet. Das arithmetische Mittel aller Inter-item Korrelationen beträgt 0.24. Cronbachs Alpha-Koeffizient beträgt 0.77, was eine zufriedenstellende Reliabilität bedeutet. Die Unterschiede zwischen den Pflegenden des Akutspitals und den Pflegenden der Psychiatrie wurden mit einem ungepaartem t-Test untersucht. Dieser eignet sich gut um zwei Stichproben auf signifikante Unterschiede hin zu untersuchen. Um Differenzen des Verhältnisses zwischen einzelnen Untersuchungspunkten zu testen, wurde der Chi-Quadrat-Test angewendet. Korrelationen zwischen Variablen wurden mithilfe des Pearson Produkt-Moments analysiert, dieser Test ist dafür geeignet.

**Schlussfolgerungen und klinische Implikationen**

Psychiatrische Pflegende verfügen über ein grösseres Fachwissen und über mehr Training in der Behandlung von Patienten nach einem Suizidversuch. Darüber hinaus entspricht die Pflege dieser Patienten eher ihrem Arbeitsfeld als bei den Akutpflegenden. Die Studienresultate decken sich mit den Resultaten aus einer früheren Studie von Suokas und Lönnqvist (1989).  
Die negativere Grundhaltung der Pflegenden des Akutspitals könnte zu einem gewissen Grad auf das fehlende Fachwissen und die Unsicherheit zurückzuführen sein. Die Zuweisung eines Rechts auf Suizid scheint in dieser Studie von der individuellen Situation des Patienten abzuhängen. Fünf Probanden waren der Meinung, dass Karin ein Recht auf Suizid hatte, während keiner der Probanden empfand, dass Hans ein Recht hatte, Suizid zu begehen. Dementsprechend tief wurde das Suizidrisiko für Hans eingeschätzt.  
Die Mehrheit der Pflegenden fand es notwendig, dass Patienten

	<p>nach einem Suizidversuch psychiatrisch betreut werden, während lediglich die Hälfte der Pflegenden denkt, dass eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik notwendig ist.</p> <p>Die hohe Mortalität von Patienten, die einen Suizidversuch begehen zeigt, dass eine initiale psychiatrische Betreuung wichtig ist, in der neben der Diagnostik auch die Therapie zusammen mit dem Patienten geplant werden soll. Die erste Begegnung eines Patienten im Spital, ist oft die mit einer Pflegenden. Fehlende Empathie kann verheerende Konsequenzen haben. Dem Patienten muss daher zwingend Wertschätzung entgegen gebracht werden und er muss fühlen, dass die Pflegenden ihm helfen wollen, und dazu fähig sind.</p> <p>Fachwissen und Verständnis sind nötig um diese anspruchsvolle Patientengruppe kompetent betreuen zu können.</p> <p>Die Schlussfolgerungen sind angemessen im Hinblick auf die Ergebnisse der Studie.</p>
<b>Anwendbarkeit der Studienresultate zur Beantwortung der Fragestellung</b>	<p>Die Studie ist qualitativ hochwertig.</p> <p>Die Erkenntnisse dieser Studie können zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit verwendet werden. Obschon die Studie bereits 16-jährig ist, kann davon ausgegangen werden, dass sie immer noch aktuell ist, da die Thematik nicht stark zeitabhängig ist.</p>
<b>Evidenzlevel</b>	4

Tabelle E 10 Studienbeurteilung Studie 10

**Suokas, J., Suominen, K. & Lönnqvist, J. (2009). The Attitudes of Emergency Staff Toward Attempted Suicide Patients. A Comparative Study Before and After Establishment of a Psychiatric Consultation Service. *Crisis*, 30, 161-165.**  
Helsinki, Finnland

<b>Zweck der Studie</b>	Das Ziel der Studie wird im Abstract klar formuliert. Die Studie soll die Haltung von Notfallpersonal gegenüber von Patienten nach einem Suizidversuch untersuchen, und zwar vor und nach der Einführung eines psychiatrischen Betreuungsdienstes.
<b>Literatur</b>	Die relevante Hintergrundliteratur wurde von den Autoren eingesehen und wird beschrieben. Da die meisten Studien, welche sich mit den Haltungen von Mitarbeitenden einer Notfallstation befassen, rund zwanzig Jahre alt sind, bedarf es

	aktueller Forschung.
<b>Studiendesign</b>	Es handelt sich um eine quantitative Studie mit Pretest-Posttest-Design. Das Studiendesign ist geeignet.
<b>Stichprobe</b>	<p>Allen „long-term“ Mitarbeitern der Notfallstation, sowie allen Ärzten wurden Fragebogen verteilt. Insgesamt 100 Probanden retournierten den Fragebogen.</p> <p>In der ersten Befragung 2004 nahmen 66 Probanden teil, und in der zweiten Befragung 2005 deren 34. Die tiefe Probandenzahl im Jahr 2005 ist auf Personalmangel zurückzuführen. Viele der Mitarbeiter waren zu diesem Zeitpunkt „short-term“ Mitarbeiter, welche nicht in die Studie eingeschlossen wurden. Die Forscher geben nicht bekannt, wie viele der Probanden Pflegende waren und wie viele dem ärztlichen Dienst angehörten.</p> <p>Durch die unterschiedlich grossen Teilnehmerzahlen, sowie die unterschiedlich hohen Rücklaufquoten bei den Pflegenden und Ärzten, kann ein Bias entstehen.</p> <p>Die Beschreibung der Probandenauswahl lässt Fragen offen. Die Autoren unterscheiden beispielsweise „long-term staff“ und „short-term staff“. Es wird aber nicht definiert, was sie damit meinen. Im Studientitel ist die Rede von Notfallpersonal, in der Rekrutierungsphase schreiben die Autoren aber, dass alle Ärzte des Malmi Hospitals für die Studie angefragt wurden.</p> <p>Die demografischen Daten werden nur wenig beschrieben.</p>
<b>Ergebnisse (outcome)</b>	<p>Es fanden zwei Messungen statt. Eine vor Einführung des Betreuungsteams (2004), und eine zweite, fast ein Jahr nach der Einführung (2005).</p> <p>Zur Datenerhebung wurde der Understanding Suicidal Patients (USP)-Questionnaire verwendet. Dieser wurde von Suokas und Lönnqvist (1989) entwickelt und von Samuelsson et al. (1997) modifiziert. Jede Aussage wird auf einer five-point Likert Skala mit den Aussagen „I agree completely“ bis „I disagree completely“ bewertet. Als eine positive Haltung wird ein USP-Score von 22 und weniger verstanden, als negative Haltung gilt ein USP-Score von 30 und mehr. Der USP-Questionnaire zeigte in verschiedenen Studien eine zufriedenstellende Validität und eine gute Reliabilität. Die mittlere Interitem Korrelation für die Skala beträgt 0.28 und Cronbachs Alpha-Koeffizient beträgt 0.81.</p>
<b>Massnahmen</b>	Einführung eines psychiatrischen Betreuungsteam für Patienten,

	<p>welche nach einem Suizidversuch hospitalisiert werden.</p> <p>Die Aufgaben des Teams werden klar definiert. Die Frage nach einer Kontaminierung oder nach Ko-Interventionen entfällt.</p>
<b>Ergebnisse</b>	<p>Die Meisten der Befragten finden es wichtig, dass Patienten nach einem Suizidversuch psychiatrische Betreuung erhalten.</p> <p>Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen der Haltung vor und nach der Einführung des psychiatrischen Betreuungsteams erkannt werden. Auch Geschlecht, Alter, Beruf und Berufserfahrung haben keinen signifikanten Effekt auf die Haltung.</p> <p>Die Analyseverfahren werden beschrieben, die Werte im Text und in einer Tabelle dargestellt.</p> <p>Die Hauptunterschiede vor und nach der Einführung des psychiatrischen Betreuungsteams wurde mittels ungepaartem t-Test untersucht. Dieser Test eignet sich gut um die zwei Stichproben auf signifikante Unterschiede hin zu untersuchen.</p> <p>Chi-Quadrat-Tests wurden eingesetzt um zu testen, ob zwei Variablen unabhängig voneinander sind oder nicht. Um Unterschiede in der Haltung des Personals zwischen verschiedenen Gruppen festzustellen, wurde eine Varianzanalyse ausgeführt. Zusätzlich wurden ein Mann-Whitney-U-Test, der Kruskal-Wallis-Test und der Spearman-Test gemacht. Die Analyse der Resultate ist sehr ausführlich.</p>
<b>Schlussfolgerungen und klinische Implikationen</b>	<p>Obwohl das Personal es als wichtig erachtet, dass Patienten, welche einen Suizidversuch begangen haben, psychiatrisch betreut werden, ändert die Einführung des psychiatrischen Betreuungsteams nichts an ihrer Haltung. Die Autoren erkennen die Komplexität der Haltung, und sagen, dass die Haltung nicht allein durch das Anbieten einer psychiatrischen Betreuung für Patienten geändert werden kann.</p> <p>Als Limitationen der Studie sehen die Autoren die Datenerhebung mittels Fragebogen und die tiefe Rücklaufquote, insbesondere im zweiten Teil der Studie. Von denjenigen, welche den Fragebogen nicht retournierten fehlt jegliche Information. Es kann also kein Vergleich der beiden Gruppen gemacht werden, und somit kann ein Bias nicht ausgeschlossen werden.</p>
<b>Anwendbarkeit der Studienresultate zur Beantwortung der</b>	<p>Die Studie ist grundsätzlich gut, im Bereich der Probanden fehlen aber Informationen. Die Studie widerlegt Erkenntnisse aus vorhergehenden Studien, so zum Beispiel, dass das Alter und die</p>

<b>Fragestellung</b>	<p>Berufserfahrung eine signifikante Auswirkung auf die Haltung der Probanden haben.</p> <p>Da die Beschreibung der Probanden kurz ausfällt, ist nicht klar, ob die Probanden der beiden Gruppen die gleichen sind, sprich ob die Probanden der zweiten Befragung auch in der ersten Befragung teilgenommen haben. Ist dies nicht so, so sinkt die Aussagekraft der Studie deutlich. Angemerkt werden muss jedoch auch, dass es im Gesundheitswesen häufige Personalwechsel gibt, und es somit fast nicht möglich ist, in den beiden Messungen dieselben Probanden zu untersuchen. Um diese Studie zur Beantwortung der Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit beizuziehen, muss beachtet werden, dass neben Pflegenden Ärzte untersucht wurden.</p>
<b>Evidenzlevel</b>	3

**Tabelle E 11 Studienbeurteilung Studie 11**

**Talseth, A.-G., Lindseth, A., Jacobsson, L. & Norberg, A. (1997). Nurses' narrations about suicidal psychiatric inpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51, 359-364. Oslo, Norwegen**

<b>Zweck der Studie</b>	Die Studie untersucht das Erleben von Pflegenden bei der Betreuung von Patienten, welche suizidale Gedanken äussern, über einen Suizidversuch sprechen oder Suizid begehen.
<b>Literatur</b>	<p>Die relevante Hintergrundliteratur wird beschrieben.</p> <p>Forschungslücken werden aufgezeigt, die Relevanz dieser Studie wird dadurch begründet.</p>
<b>Studiendesign</b>	<p>Es handelt sich um eine qualitative Studie mit einem phänomenologisch-hermeneutischem Design.</p> <p>Ein phänomenologischer Ansatz eignet sich gut, um gelebte Erfahrungen zu erforschen. Das hermeneutisch-phänomenologische Design, betont im Gegensatz zum rein phänomenologischen Design noch mehr, dass die Probanden Teil der Welt sind, in der sich das Phänomen abspielt.</p> <p>Die theoretische Perspektive des Forschers wird nicht genannt.</p> <p>Als qualitative Methode zur Beantwortung der Forschungsfrage wird das Interview benutzt.</p>
<b>Stichprobe</b>	Die Autoren erhielten vom Spital eine Liste mit allen Pflegenden (N=24) mit Ausbildung in Psychiatriepflege und mit Erfahrung in

---

	<p>der Betreuung von suizidalen Patienten. Sie führten mit den Pflegenden der Reihe nach Interviews bis zur Datensättigung. Diese wurde mit 19 Probanden erreicht.</p> <p>Das Ethikverfahren wird von den Autoren beschrieben. Informed Consent wurde eingeholt, wie auch die Zustimmung des Ethikkomitees.</p>
<b>Datenerhebung</b>	<p>Die Autoren machen eine klare und vollständige Beschreibung der Probanden, allerdings fehlt deskriptive Klarheit zum Ort, zu den Referenzen der Forscher und zur Rolle der Forscher. Es erfolgt kein „bracketing“.</p> <p>Es wurden narrative Interviews geführt, welche ungefähr eine Stunde dauerten. Beispielfragen werden von den Forschern angegeben. Die Strategie zur Datenerhebung ist von prozeduraler Strenge.</p>
<b>Datenanalyse</b>	<p>Das Analyseverfahren wird beschrieben, allerdings eher kurz. Die Datenanalyse ist induktiv. Die gewonnenen Erkenntnisse stimmen mit den Daten überein und widerspiegeln diese.</p> <p>Der Entscheidungspfad und die Regeln werden allerdings nicht angegeben. Das Analyseverfahren ist aber dennoch in einem gewissen Masse überprüfbar, da die Autoren sehr viele Aussagen der Probanden zitieren, die mit den Schlüssen der Autoren verglichen werden können.</p> <p>Die Analyse der Interviews ergab zwei Haltungen: Distanz und Nähe. Es wurden jeweils 6 Unterthemen herausgearbeitet, welche für die Haltung relevant sind.</p> <p><u>Distanz</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mitgefühl, ohne dass sich bei der Pflegenden selber Gefühle wie Traurigkeit, Versagen einstellen. Die Pflegende versteht den Patienten, kann sich aber nicht in seine Gefühle hineindenken.</li><li>• Dem Patienten misstrauen.</li><li>• Sich verantwortlich fühlen für die Handlungen des Patienten, Schuldgefühle haben.</li><li>• Vom Patienten abgelehnt werden.</li><li>• Den Patienten ablehnen.</li><li>• Fokus liegt auf der Pflegenden.</li></ul>

---

---

	<u>Nähe</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mitgefühl, indem die Pflegende die Gefühle des Patienten nachvollziehen kann.<ul style="list-style-type: none"><li>• Dem Patienten vertrauen.</li></ul></li><li>• Verantwortlich sein, dass der Patient seine Therapie und seinen Alltag selber bestimmen kann. Bsp. wann ist der Patient bereit über den Suizidversuch zu sprechen, wann möchte der Patient den Tag am liebsten im Bett verbringen.</li><li>• Zeitweise vom Patienten abgelehnt werden.<ul style="list-style-type: none"><li>• Dem Patienten zuhören.</li></ul></li><li>• Fokus liegt auf dem Patient.</li></ul>
<b>Vertrauenswürdigkeit</b>	Es erfolgte eine Triangulierung nach Quellen/Daten und nach Forscher. Ob „Member checking“ erfolgte, wird nicht angegeben.
<b>Schlussfolgerungen und klinische Implikationen</b>	<p>Die Autoren machen viele Vergleiche mit bereits bestehenden Forschungen. Die Schlussfolgerungen sind angemessen und nachvollziehbar, teilweise allerdings komplex.</p> <p>Begrenzungen der Studie werden aufgezeigt. Die Autoren sagen, dass sich die Schulung für Pflegende damit befassen muss, mit den eigenen Wünschen, Bedürfnissen und Frust konfrontiert zu werden.</p> <p><u>Distanz</u></p> <p>Pflegende meiden engen Kontakt mit dem Patienten, was als Schutzmechanismus gesehen werden kann, um selber nicht mit Emotionen bezüglich Leben und Tod konfrontiert zu werden. Die Distanz kann auch als Mangel an Vertrauen angesehen werden. Sowohl auf der Seite der Pflegenden, als auch auf der Seite des Patienten. Suizidale Patienten sind oft sehr sensibel auf alle ablehnenden Reaktionen der Pflegenden. Das Schweigen zwischen dem Patienten und der Pflegenden, welches durch mangelndes Vertrauen entstehen kann, wird von der Pflegenden als Last bezeichnet. Oft äussern Patienten den Pflegenden gegenüber suizidale Wünsche, Pflegende sprechen im Interview aber nie von einem Recht ihrer Patienten zu sterben.</p> <p>Pflegende mit einer distanzierten Beziehung zum Patienten, sind nicht fähig, sich in die Probleme des Patienten zu versetzen. Somit lassen sie eine Konfrontation mit ihren eigenen Gefühlen</p>

---



gar nicht zu. Durch die Distanz nehmen die Pflegenden eine negative Haltung an, welche dem Patienten unwillentlich die Nachricht sendet, dass dieser nicht gut ist und sich verändern muss.

Die Distanz manifestiert sich als Bereitschaft der Pflegenden, das Verhalten des Patienten zu erklären und zu kontrollieren.

Wenn sich Patienten nicht wie erwünscht verhalten und keine Fortschritte machen, kann dies bei den Pflegenden zum Gefühl der Inkompetenz führen. So ist nicht nur der Patient „nicht gut“, sondern auch die Pflegenden, was zu einem Teufelskreis führen kann.

Pflegende fühlen sich von suizidalen Patienten auch bedroht. Suizidalität weckt in ihnen das Gefühl etwas zu tun, um nicht länger die Hoffnungslosigkeit und das Leid des Patienten ansehen zu müssen. Die Pflegenden wollen dass es dem suizidalen Patienten schnell besser geht, was ihnen selber auch hilft.

#### Nähe

Pflegende, welche eine enge Beziehung zum Patienten haben, scheinen ihre Gefühle, wie Einsamkeit, Traurigkeit oder Hoffnungslosigkeit zu akzeptieren, und müssen daher nicht fliehen. Sie können die Gefühle des Patienten tolerieren, was sie fähig macht, eine enge Beziehung mit den Patienten zu haben. Mit ihren Worten und Handlungen mögen Pflegende sich zwar vom Patienten ablehnen, sie tun dies aber nicht mit ihrer Haltung. Ihre Haltung ist akzeptierend und sie gibt dem Patienten das Gefühl, momentan in einer schlechten Situation zu sein, dass es aber sehr wohl die Möglichkeit gibt, weiterzugehen.

<b>Anwendbarkeit der Studienresultate zur Beantwortung der Fragestellung</b>	Die Qualität der Studie ist zufriedenstellend. Die Erkenntnisse der Studie sind für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit relevant. Da es sich bei den Probanden um Psychiatriepflegende handelt, muss ein Transfer zu den Allgemeinpflegenden erfolgen.
<b>Evidenzlevel</b>	4

**Tabelle E 12 Studienbeurteilung Studie 12**

**Valente, S. & Saunders, J. M. (2004). Barriers to suicide risk management in clinical practice: A national survey of oncology nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 25,**

629-648.

Los Angeles, USA

<b>Zweck der Studie</b>	Die Studie untersucht das Wissen, die Fähigkeiten und die Interventionen von Pflegenden anhand einer Fallbeschreibung eines suizidalen Patienten. Weiter werden anhand einer Befragung die Konflikte und Schwierigkeiten der Pflegenden in der Betreuung von Patienten nach einem Suizidversuch untersucht. Da vor allem diese Studienergebnisse relevant für die vorliegende Arbeit sind, soll sich die Studienbeurteilung auf diese zweite Teilfrage (Frage 2.a) begrenzen. Diese lautet wie folgt: Welche Konflikte, Schwierigkeiten und Barrieren erleben Pflegende während der Pflege von suizidalen Patienten?
<b>Literatur</b>	Die Hintergrundliteratur wurde eingesehen und wird ausführlich beschrieben. Forschungslücken werden erwähnt, aufgrund dieser wird die Relevanz der Studie begründet.
<b>Studiendesign</b>	Es handelt sich um ein deskriptives, komparatives, cross-sectional Design, welches für die Untersuchung geeignet ist. Die Studie hat quantitative und qualitative Anteile.
<b>Stichprobe</b>	<p>Die Umfrage wurde per Mail an eine randomisierte Stichprobe geschickt. Randomisiert wurden die Teilnehmenden von der Oncology Nursing Society (ONS).</p> <p>Insgesamt wurden 1200 Umfragen verschickt, retourniert wurden 454, was einer Rücklaufquote von 37% entspricht.</p> <p>Alle Teilnehmer arbeiten mindestens 30% in der klinischen Onkologie.</p> <p>Es wird nicht erwähnt ob Informed Consent eingeholt wurde. Ethische Zustimmung hingegen wurde eingeholt.</p> <p>Die demografischen Merkmale der Probanden werden in einer Tabelle aufgezeigt.</p>
<b>Datenerhebung</b>	<p>Die Autoren verwenden vier Instrumente zur Datenerhebung. Eine Fallbeschreibung, ein Instrument zur Messung der Haltung (SUIATT), den Suicide Opinion Questionnaire (SOQ) und offene Fragen (waren integriert in den SOQ). Die Resultate der Teilfrage 2.a) wurden mit offenen Fragen erhoben.</p> <p>Es besteht deskriptive Klarheit zu den Teilnehmern.</p>
<b>Datenanalyse</b>	Die Resultate der offenen Fragen wurden mit einer Inhaltsanalyse analysiert. Das Vorgehen bei der Codierung wird genau beschrieben.

---

Die beiden Autoren codieren unabhängig und besprechen ihre Resultate anschliessend. Somit wird sichergestellt, dass die gewonnenen Erkenntnisse mit den Daten übereinstimmen. Aus den offenen Antworten der Pflegenden liessen sich 6 Kategorien ausarbeiten.

#### Values

Die Werte der Pflegenden können es schwer machen einen Patienten zu pflegen, obwohl die Pflegenden den Patienten eigentlich nicht werten möchten.

Einige Pflegende sehen Suizid als eine Sünde, als feige oder egoistisch. Sie sind der Meinung, dass der Patient kein Recht auf Suizid hat. Pflegende äussern Schwierigkeiten oder gar Unvermögen mit dem Patienten über Suizid zu sprechen, da sich ein Suizid nicht mit ihren Werten vereinbaren lässt. Suizidalität wird als Tabu bezeichnet. Als Tabu in der Gesellschaft, als auch in der religiösen Überzeugung.

#### Uncomfortable Feelings

Pflegende beschreiben unangenehme Gefühlsreaktionen, welche die Pflege erschweren. Sie fühlen sich unwohl durch die Konfrontation mit dem Thema Suizid, mit ihrer Rolle und ihrer Verantwortung. Die Pflegenden haben Angst, nicht helfen zu können oder unangemessene Antworten auf die Fragen des Patienten zu geben. Ein vollendeter Suizid würde für sie Versagen bedeuten. Des Weiteren erwähnen Pflegende, dass es schwer für sie ist, den Patienten leiden zu sehen.

#### Inadequate Knowledge-„Don` t Know What to Say“

Die Pflegenden äussern ein Defizit in der beruflichen Erfahrung, den Fertigkeiten, dem Wissensstand und der Fähigkeit suizidale Patienten zu pflegen.

Pflegende wissen beispielsweise nicht, wie sie den Patienten antworten sollen, und möchten keine falsche Antwort geben. Sie haben Angst davor, die Probleme des Patienten nicht lösen zu können. In dieser Kategorie kommt die Unsicherheit und Unfähigkeit der Pflegenden stark zum Ausdruck. Sie fühlen sich nicht genügend ausgebildet und haben Angst davor, etwas

---

---

Falsches zu tun.

Personal Experience

Pflegende fühlen Unbehagen wenn sie mit dem Thema Suizid konfrontiert werden. Insbesondere Pflegende, die einen Suizid in der Familie oder im Freundeskreis erlebt haben, können durch die Konfrontation mit dem Thema Suizid im Berufsalltag wieder mit ungelösten privaten Problemen und Gefühlen konfrontiert werden. Dies kann dazu führen, dass Pflegende nicht mit dem suizidalen Verhalten ihrer Patienten umgehen können.

Weight of Professional Responsibilities

Die Pflegenden sind der Meinung, dass es ihre Aufgabe ist, alle Probleme des Patienten zu lösen. Sie fragen sich, ob sie bei einem vollendeten Suizid eines Patienten nicht genug getan haben. Zudem sind Pflegende besorgt, dass ihnen die Zulassung entzogen würde, wenn einer ihrer Patienten Suizid begeht.

No difficulties

14% der Pflegenden haben keine Schwierigkeiten in der Pflege von suizidalen Patienten. Sie begründen dies durch Erfahrung im psychiatrischen Bereich, durch ein sicheres Gefühl beim Erkennen des Suizidrisikos, durch Verständnis für den Patienten und durch die Sicherheit in ihren Interventionen.

**Vertrauenswürdigkeit**

Es erfolgt Triangulierung nach Forscher. Zudem kann die Kombination von qualitativer und quantitativer Forschung als Triangulierung angesehen werden. Es wird nicht angegeben, ob ein „Member Checking“ erfolgte.

**Schlussfolgerungen und klinische Implikationen**

Dem Patienten in seiner Hoffnungslosigkeit zuzuhören, kann die Pflegenden dazu veranlassen, über ihre eigenen Werte, die Hoffnung und ihre professionelle Rolle nachzudenken. Es ist wichtig beim Zuhören nicht wertend, sondern stattdessen empathisch zu sein, da man so die Patienten eher verstehen kann und ihr Risiko abschätzen kann. Obwohl einige Pflegende aufgrund ihrer Werte finden, dass Suizid falsch ist, sind sie dennoch bereit sich Fachwissen und Fertigkeiten in der Pflege von suizidalen Patienten anzueignen.

Viele Pflegende wollen die suizidalen Absichten ihres Patienten

---

	<p>akzeptieren, fühlen sich aber im Konflikt mit ihren eigenen Werten, welche Suizid als falsch, als Flucht oder als unbedacht bewerten. Die Pflegenden wünschen sich, ihre Gefühle und ihre Wertkonflikte mit einem Berater besprechen zu können. Zudem wünschen sie sich Schulungsprogramme mit evidenzbasierten Präventionsstrategien. Die Autoren erwähnen weiter, dass es hilfreich sein könnte für Pflegende, die in einem Wertkonflikt stehen, ein Coaching und eine Analyse bezüglich ethischer Dilemmata zu machen.</p> <p>Pflegende, welche den Suizid eines Familienmitgliedes erlebt haben, wünschen sich Beratungen, um mit diesem Verlust umgehen zu können.</p> <p>Limitationen werden von den Autoren aufgezeigt.</p> <p>Die Schlussfolgerungen basieren auf den Erkenntnissen aller Forschungsfragen, und nicht nur dem qualitativem Teil der Studie.</p>
<b>Anwendbarkeit der Studienresultate zur Beantwortung der Fragestellung</b>	<p>Die Studie ist qualitativ gut. Die Resultate sind relevant zur Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit. Es handelt sich um Onkologiepflegende, welche grundsätzlich keine vertiefte Ausbildung in Psychiatrie haben, 20% der Probanden haben allerdings einen Kurs in Suizidprävention besucht. Es wäre interessant gewesen zu sehen, ob die Pflegenden, welche einen Kurs besucht haben, in der Auswertung zu den 14% der Pflegenden gehören, welche keine Probleme bei der Pflege von suizidalen Patienten haben.</p> <p>Grundsätzlich sollten die Onkologiepflegenden bezüglich ihrem Fachwissen zur Suizidalität vergleichbar sein mit chirurgischen oder medizinischen Pflegenden, welche Patienten nach einem Suizidversuch versorgen. Somit wird kein Wissenstransfer nötig.</p>
<b>Evidenzlevel</b>	3

## **Wortzahl**

- Wortzahl des Abstracts: 199
- Wortzahl der Arbeit (exklusive Abstract, Tabellen und deren Beschriftungen, Inhaltsverzeichnis, Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung, Fussnoten und Anhänge): 7997